Beiträge zur Behandlung

der

Tuberculösen Wirbelsäulenerkrankung

mit Benutzung der in der Zeit
vom I. XII. 1895 bis zum I. XII. 1902
in der
**Königlich chirurgischen Universitätsklinik
in Göttingen behandelten 116 Kranken.**

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doctorwürde
in der Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe.

Der hohen medizinischen Facultät der
Georg-August-Universität vorgelegt von

Gustav Facompré

approb. Arzt

aus Nienburg a. d. Weser.

1904.

Druck von C. F. Georg Glenewinkel, Nienburg a. W.

Der hohen medizinischen Facultät
der Universität Göttingen

vorgelegt am 8. August 1904.

Referent: Geheimer Medizinal-Rat Professor Braun.

Die Drucklegung von Seiten der Facultät ist genehmigt.

Dem Andenken

seines verstorbenen Vaters
seiner teuren Mutter

in

Liebe und Dankbarkeit
gewidmet

vom Verfasser.

Vorliegende Arbeit hat den Zweck einer Zusammenstellung der im Laufe von 7 Jahren in der Göttinger Universitätsklinik zur Behandlung gekommenen 116 Fälle von Spondylitis tuberculosa. In erster Linie soll diese statistische Untersuchung dahin eine Uebersicht gewinnen lassen, wieweit es berechtigt erscheint, bei dieser verhältnismässig häufigen Erkrankung der Wirbelsäule die konservative, zuwartende Heilmethode, oder, und besonders bei Bildung von Abscedierungen jeglicher Art, den radikalen operativen Weg einzuschlagen; möge derselbe bestehen in Punktion oder Aspiration, mit nachfolgender Jodoformglycerininjektion, oder in breiter Spaltung mit sich daran anschliessender Ausschabung der Abscesshöhle, bezw. Ausmeisslung etwa vorhandener tuberkulöser Knochenherde und Ausreibung mit Jodoformbrei, der in seinem Ueberschuss mit schwachen Sublimat- oder Borlösungen wieder ausgespült wurde.

Ueberall da, wo man mit der konservativen Behandlung auszukommen glaubte, wurde in der Göttinger chirurgischen Universitätsklinik die Glissonsche bezw. Rauchfusssche Schwebe, Dauerextension nach von Volkmann, das Gips- und Lorenzsche Reklinationsbett, zum teil der „Jurymast", das Sayr'sche Gipskorsett, die Filzkravatten, sowie Korsetts aus Filz und in der Mehrzahl aus Holzleim und Celluloid angewandt.

In allen Fällen, die durch Punktion, Incision, Ausschabung oder Resection zur Operation kamen, wurde eine 10 % Jodoformglycerinemulsion bezw. Jodoformbrei zur Anwendung gebracht.

Nach einem Bericht von A. Menzel [1]) gestaltet sich das Bild von der Häufigkeit der Caries der Knochen im Vergleich zu anderen Krankheiten folgendermassen.

Unter 52 256 secierten Krankheitsfällen fanden sich 1996 von Caries, also 3,7 %.

Von diesen 1996 Fällen kommt von den verschiedenen

1) Walter Knaak. Ungewöhnliche Ausgänge der Wirbelcaries. Berlin 1890.

Knochen des menschlichen Skeletts der bei weitem grösste Teil auf die

Wirbelsäule, nämlich 702 Fälle

nach ihr sind am häufigsten befallen das

Kniegelenk mit 238 „

demnächst die Schädel und Gesichtsknochen mit 205 „

Von den 702 Erkrankungen der Wirbelsäule sind ihre einzelnen Abschnitte verschieden häufig ergriffen, und zwar:

die Halswirbelsäule in 185 Fällen
„ Lendenwirbelsäule in 199 „
„ Brust- „ in 310 „

Dieses ungeheure Prävalieren der Brustwirbelsäulencaries ist aber wohl keineswegs so zu deuten, dass dieselbe einen Praedilektionssitz für die Spondylitis tuberculosa bildete, sondern hat entschieden seinen Grund in der grösseren Anzahl von Wirbeln der Brustwirbelsäule gegenüber den anderen Abschnitten des menschlichen Rückgrats.

Im Gegensatz von Billroth [1]) konnten auch wir zwar nur einen kleinen, aber doch wesentlichen Unterschied in Bezug auf die häufigere Erkrankung des männlichen als des weiblichen Geschlechts feststellen, indem von unsern 116 Kranken 64 männliche gegen 52 weibliche waren, wie auch nach den Untersuchungen von A. Menzel [2]) ein Verhältnis von 1295 Männern zu 811 Frauen und nach einem Befund der Bardeleben-schen [3]) Klinik 37 auf Männer und 13 auf Frauen entfallen.

Was die Behandlungsmethode der Spondylitis tuberculosa betrifft, so stimmen wir mit der Ansicht Djakonoffs [4]) vollkommen überein, wenn er seiner Meinung Ausdruck gibt, dass wir bei allen anderen Knochentuberkulosen so lange konservativ behandeln, als es geht, aber wir müssen oft im weiteren Verlauf der Krankheit nicht nur den Eiter entleeren, sondern auch den Knochenherd selbst angreifen. Diese durch den gewöhnlichen Verlauf des Leidens bedingte Behandlung stösst bei den meisten andern Knochentuberkulosen auf keine so grosse Schwierigkeit, als die Herde operativ leicht zu erreichen sind. Anders liegt die Sache bei Wirbeltuberkulose. Schon eine der dringendsten Anzeigen, der möglichst frühen Entleerung des Eiters kann nur selten entsprochen werden, und doch übt die Ansammlung des Eiters ihren zerstörenden Einfluss auf das Rückenmark, der sich in der Knochenhöhle,

---

[1]) [2]) [3]) **Waller Knaak: Ungewöhnliche Ausgänge von Wirbelcaries, Berlin 1890.**

[4]) **Djakonoff: Zur Statistik der Spondylitis. Referat für das Zentralblatt für Chirurgie 1896. S. 702.**

wie Djakonoff ausführt, mit seiner grösseren Ansammlung immer mehr geltend macht, aus, und man muss den weiteren Verlauf des Leidens mehr dem guten Glück des Kranken überlassen. Die bisherigen Operationen haben sich in dieser Beziehung darauf beschränkt, den Wirbelkanal zu eröffnen, statt an die häufigste Quelle der Eiterung, an den Wirbelkörper zu gehen.

Was die Behandlungsweise mit Jodoformglycerininjektionen in den vorher punktierten oder inzidierten Abscess betrifft, so können wir an der Hand des gesammelten Materials wohl mit Bestimmtheit behaupten, dass es von grossem therapeutischen Werte bei Spondylitis tuberculosa ist, und sich immer ausgedehntere Anwendung zu erwerben verdient.

Es sei dies besonders einer wohl etwas zu harten Kritik von Hahn [1]) gegenüber hervorgehoben, der sich wie folgt für das Formalinglycerin, das er an Stelle des Jodoformglycerins gesetzt haben möchte, in's Mittel legt. „Die Behandlung chirurgischer Tuberkulose mit Jodoformglycerin hat, so sehr sie auch in der ärztlichen Welt verbreitet ist, doch immerhin noch recht mangelhafte Erfolge aufzuweisen. Dies veranlasste mich, zu einem — übrigens nicht ganz erfolglosen — Versuch mit Jodglycerin und alsdann vor etwa 2 Jahren zu Versuchen mit Injektionen von Formalin überzugehen. Nach mannigfachen Proben habe ich die frisch bereitete Mischung von Formalin (ca 35 %ige Lösung des Formaldehyds) und Glycerin als das Zweckmässigste befunden. Die Wirkung ist überall da, wo das Formalin in genügende Berührung mit den tuberkulösen Herden kommt, eine so vorzügliche, dass ihr wohl kein Mittel irgend an die Seite gestellt werden kann. Diejenigen Tuberkulosen, die sich wohl am besten für die Formalinbehandlung eignen, sind die Tuberkulosen der Gelenke, besonders, wenn sie zur Vereiterung gekommen, aber noch nicht aufgebrochen sind, und die Abscesse, und zwar auch die Senkungsabscesse, sowie auch besonders das tuberkulose Empyem der Pleura. Die Concentration des Mittels ist 1—5 % Volumprocent, (d. h. auf 100 cbcm Glycerin 1—5 cbcm Formalin) . . . . . Dass Senkungsabscesse so gute Objekte für Formalinbehandlung darstellen, mag auf den ersten Blick recht auffällig erscheinen, da ja der tuberkulöse Herd viel höher liegt. Ich war aber erstaunt über die ausgezeichnete Wirkung des Formalin-Glycerins. 1 oder 2 Punctionen und Injectionen genügten meist, um die

---

1) **Hahn: Formalin als Heilmittel der chirurgischen Tuberculose. Centralblatt für Chirurgie 1899. S. 689.**

Wiederansammlung von Eiter zu verhüten und — eben so interessant als wichtig — die Spondylitis heilte (bei Gipskorsettbehandlung) überraschend schnell aus . . . . . Trotz Formalin und Höllenstein habe ich doch Gelegenheit genug zur Arthrektomie und Resection gehabt; jedenfalls ist aber nach meinen Erfahrungen das Mittel jedem anderen, insbesondere dem Jodoformglycerin weit überlegen.

Leider stehen uns weitere ausgiebige statistische Berichte über die therapeutischen Erfolge der Formalinglycerinbehandlung bei Spondylitis tuberculosa nicht zur Verfügung, aber wir glauben, dass gegenüber unserem etwas reichlicheren mit Erfolg mit Jodoformglycerin behandelten klinischen Material, der von Hahn erwähnte eine Fall von 1½ Jahr lang geheilt gebliebener coxitis tub., welcher dieser Veröffentlichung beigefügt ist, das Formalinglycerin das bewährte Jodoformglycerin vorläufig nicht verdrängen darf.

Von unseren 57 Fällen von Spondylitis mit Abscessbildungen wurden bei 43 Patienten Jodoformglycerin angewandt; von diesen sind vollkommen

geheilt 6 (Fall 19. 20. 22. 23. 25. 26.)
mit Fisteln geheilt 4 (Fall 7. 10. 13. 28.)
gestorben 17 (Fall 3. 4. 5. 9. 17. 18. 27. 33. 35. 36. 38. 40. 43. 46. 47. 48. 52.)
also geheilt 6 = 10,5 %
gesorben 17 = 39,5 %
ohne Erfolg wurden 8 Fälle behandelt (2. 24. 29. 31. 32. 34. 39. 45.)

und über weitere 8 Fälle war keine Nachricht über den weiteren Verlauf zu bekommen.

Wenn diese hohe Sterblichkeitsziffer bei Jodoformglycerinbehandlung den allgemeinen Sterblichkeitsgrad bei Spondylitis zu überschreiten scheint, so zeigt doch ein Blick in die beigefügten Krankengeschichten, dass der grösste Teil dieser Patienten fast hoffnungslos oder doch am schwersten erkrankt war, so dass die Therapie vielleicht überhaupt zu spät kam. Auf die Gesamtzahl aller 116 Spondylitiden bezogen erreicht die Sterblichkeit in diesen Fällen auch nur eine Höhe von 14,6 %, eine Ziffer, die hinter derjenigen im Allgemeinen weit zurückbleibt.

Von den 6 geheilten sind bis heute gesund geblieben:

Fall 20 mit 2 Jahren
„ 26 „ 5 „
„ 23 „ 5⅔ „

Fall 19 mit $6^{1}/_{2}$ Jahren
„ 22 „ $7^{1}/_{3}$ „
„ 25 „ 8 „

Es handelte sich bei der Jodoformglycerinbehandlung um die Fälle 2. 3. 4. 5. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 17. 18. 19. 20. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 52.

Ausserdem ist ein Erfolg von 10,5 % Heilung bei der sehr bedenklichen Complikation der Spondyl. tub. mit Abscessen ein immerhin nennenswerter Erfolg, der allein auf Kosten des Jodoformglycerins zu setzen ist.

Weit bedeutendere Erfolge hat das St. Hedwigsstift zu Berlin [1]) nach Behandlung mit Jodoformglycerin, allerdings bei einer weit geringeren Anzahl von Patienten zu verzeichnen gehabt, wo von 18 Patienten, bei denen Jodoform zur Anwendung kam:

13 = 72 % geheilt,
1 mit Fisteln geheilt und
3 später indiciert wurden,
nur 1 Patient blieb ungeheilt (derselbe starb.)

Was die Intoxicationen von Seiten des Jodoforms betrifft, so hat A. Henle [2]) einen einigermassen typischen Fall von Jodoformvergiftung bei Injectionen nicht beobachtet, und er hebt in Uebereinstimmung mit vielen Autoren an dieser Stelle hervor, dass bei richtiger Dosierung des Mittels üble Zufälle dieser Art vermieden werden können.

Wieland [3]) beschreibt einen Fall von Jodoformintoxication des Baseler Kinderhospitals nach einer zu grossen Dosis 20 %igen Jdf.-glycerins, bei dem die Erscheinungen aber in 2 Tagen allmählich zurückgingen.

Dreesmann [4]) giebt 3 Fälle von Jodoformvergiftung aus der Trendelenburgschen Praxis an, von denen einer sogar tödlich verlaufen ist. Allerdings sind zwei von diesen Fällen, darunter der tödlich verlaufene ätiologisch nicht ganz einwandfrei, da abnorme physische Erscheinungen, das Hauptsymptom der Vergiftungen, schon vorher bestanden.

---

[1]) Gerulanos: **Tuberkulose der Gelenke und der Wirbelsäule. Statistische Mitteilung über 158 im St. Hedwigs-Krankenhause vom August 1891 bis August 1895 behandelten Fälle.**

[2]) [3]) [4]) A. Henle: **Die Behandlung der tuberkulösen Gelenkerkrankungen und der kalten Abscesse etc. Bruns, Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XX. 1898 S. 378.**

Bei unseren Fällen ist von alle dem nichts beobachtet, was wohl der mässigen Dosierung von 10 % Jodoformglycerinlösung zu danken ist.

Störungen von Seiten des Glycerins, auf die Frenzel [1]) aus der Hallenser Klinik zuerst aufmerksam gemacht hat, werden ebenfalls von A. Henle [2]) angeführt; und zwar 1 letal verlaufener von Schellenberg [3]) beschriebener und 3 nicht letal verlaufene von Bitsch [4]) beschriebene Fälle. Krause beobachtete bei Jodoformglycerininjectionen gelegentlich Hämoglobinurie.

Complicationen von Seiten des Glycerins kamen bei unseren Fällen nicht zur Beobachtung, und ebenso wird das Glycerin als Vehikel für das Jodoform bis heute von Mikulicz [5]) ausschliesslich mit gutem Erfolg in Anwendung gebracht.

Von den zu besprechenden 116 Patienten waren 64 männlichen und 52 weiblichen Geschlechts.

Nach van Rey [6]) erkrankt das männliche Geschlecht etwas häufiger an Spondylitis; so fand er

0,92 % Todesfälle beim männlichen
und 0,79 % „ „ weiblichen Geschlecht,

berechnet auf die Gesamtzahl der secierten Leichen seiner 114 Fälle von Wirbelsäulentuberkulose.

Ermittelt man die Sterblichkeit aber auf alle Fälle bezogen, auch auf solche, die nicht zur Section gekommen, sondern zu Hause gestorben sind, so ist der Prozentsatz bedeutend höher, nämlich

17 = 14,6 % für das männliche und
19 = 16,3 % für das weibliche Geschlecht

der Gesamtzahl von unseren 116 Fällen.

Dabei waren in 24 Fällen keine Berichte über den weiren Krankheitsverlauf einzuziehen gewesen.

Zur Section kamen in Göttingen von den 116 Fällen

4 = 3,4 % männlichen und
1 = 0,86 % weiblichen Geschlechts.

Also für das männliche erheblich und für das weibliche Geschlecht etwas mehr als nach den Untersuchungen von van Rey. [7])

---

[1]) [2]) [3]) [4]) [5]) A. Henle: **Die Behandlung der tuberkulosen Gelenkerkrankungen und der kalten Abscessen etc. . . .**
Bruns, Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XX. 1898. S. 378.

[6]) **M. van Rey: Ueber Wirbelcaries. Diss. München 1890.**

[7]) **M. van Rey: Ueber Wirbelcaries. Diss. München 1890.**

Was die Häufigkeit der tub. Wirbelsaulenerkrankung betrifft, so verteilt sie sich in den verschiedenen Jahrzehnten des Lebens folgendermassen:

Im	I. Jahrzehnt	erkrankten	57.
„	II. „	„	27.
„	III. „	„	14.
„	IV. „	„	7.
„	V. „	„	5.
„	VI. „	„	5.
„	VII. „	„	1.

Einen gewissen Vergleich lassen auch hier die Zahlen, welche M. van Rey [1]) hierüber zusammengestellt hat, zu.

Von den zur Obduction gelangten Fällen kamen auf die verschiedenen Decennien des Lebens:

I.	5	Fälle
II.	14	„
III.	22	„
IV.	20	„
V.	13	„
VI	16	„
VII.	7	„
VIII.	4	„
IX.	1	Fall.

Darnach findet sich die grösste Sterblichkeit im III. u. IV. Jahrzehnt. Wir müssen aber in Uebereinstimmung mit den Befunden von Jaffe [2]) hervorheben, dass immerhin das erste Jahrzehnt am häufigsten an Wirbeltuberkulose erkrankt, wie auch aus unseren Beobachtungen deutlich hervorgeht.

Eine zwar nicht regelmässige, aber wenn einmal vorhanden, das Leben der Patienten um so mehr bedrohende Erscheinung bei Spondylitis tuberculosa sind die sie begleitenden Symptome von Seiten des Rückenmarks.

Bei 10 von unseren 116 Patienten
(Fall 4. 6. 21. 26. 41. 66. 82. 93. 111. u. 112.)
waren Lähmungen vorhanden, und zwar:

An den Armen und Beinen
2 Mal bei Spondylitis cervicalis.
(Fall 4 u. 6.)

Fall 4: Vorübergehende Lähmung erst der Beine, dann der Arme. Später dauernde Lähmung des linken Armes. Durch Operation nicht geheilt.

---

[1]) M. van Rey: Ueber Wirbelcaries. München 1890.
[2]) Jaffe: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie XVIII.

Fall 6: Lähmung beider Arme und Beine, die durch Extension völlig verschwand.

An den Beinen fand sich Lähmung

6 Mal bei Spondylitis dorsalis.
(Fall: 21. 26. 41. 66. 93. 112.)

Fall 21: Lähmung beider Beine durch Laminectomie vollkommen verschwunden.

Fall 26: Lähmung der Beine, der Blase und des Mastdarms durch Extension und Gipskorsett vollkommen zurückgegangen.

Fall 41: Lähmung der Beine, der Blase und des Mastdarms, trotz Laminectomie nicht verschwunden.

Fall 66: Lähmung beider Beine durch Extension vollkommen zurückgegangen.

Fall 93: Lähmung beider Beine durch Extension nicht zurückgegangen.

Fall 112: Lähmung beider Beine, der Blase und des Mastdarms durch Extension keine Besserung erzielt.

Ferner fand sich Lähmung an den Beinen in

1 Fall von Spondylitis lumbodorsalis
Fall 111.

Fall 111: Lähmung der Beine, der Blase und des Mastdarms, durch konservative Behandlung nicht geheilt,

und in 1 Fall von Spondylitis lumbalis
Fall 82.

Fall 82: Lähmung der Beine, der Blase und des Mastdarms durch Extension nicht geheilt.

Bei diesen Patienten würde also von 3 operierten Fällen
1 mit positivem
2 mit negativem und von
7 konservativ behandelten Fällen
3 mit positivem und
4 mit negativem Erfolge
zu verzeichnen sein.

In einem andern (nicht hierher gehörendem) Falle 108, bei dem sich eine Lähmung des linken Beines nach Spondylitis lumbalis einstellte, ist nicht mit Bestimmtheit zu sagen, ob diese Lähmung nicht auf eine später in den Vordergrund der Krankheit tretenden Coxitis tuberculosa zurückzuführen ist.

Von 116 Spondylitis-Erkrankungen waren also 8,6 %

von typischen Lähmungserscheinungen begleitet, von denen in 3,4 % die Lähmungen vollkommen gehoben wurden.

Nicht so Gefahr bringend für das Leben, aber doch sehr verderblich für den allgemeinen Gesundheitszustand sind andererseits die Gehstörungen, die nicht durch Lähmungen, sondern durch Contracturen und ferner dadurch bedingt sind, dass der cariöse Prozess an den Wirbeln selbst Zerstörungen hervorbringt, welche die Stabilität der Wirbelsäule erheblich vermindern und dem Patienten durch Neuralgien furchtbare Schmerzen bereiten können.

Derartige Gehstörungen infolge von Contracturen oder Compressionserscheinungen kamen vor in 22 Fällen (8. 10. 13. 19. 20. 33. 37. 47. 55. 56. 57. 58. 61. 71. 72. 74. 83. 90. 97. 98. 107. 109.)

Von diesen waren in 4 Fällen die Gehstörungen infolge von Psoascontracturen nach einem Lenkungsabscess bedingt.

Fall 8 rechtsseitig bei Spondylitis lumbodors,
Fall 10 } linksseitig „ { Spondylitis lumbodors,
und Fall 20 } linksseitig „ { „ dorsalis,
endlich Fall 90 linksseitig Spondylitis ohne Verkrümmungen der Wirbelsäule.

Bei den übrigen 18 Fällen war diese Complication auf Rechnung des primären Krankheitsprocess an der Wirbelsäule selbst zu setzen.

Auf die verschiedenen Abschnitte verteilte sich die Gesamtzahl derart, dass

in	8 Fällen	Spondylitis	dorsalis
„	2 „	„	lumbodorsalis
„	11 „	„	lumbalis
„	1 Fall	„	ohne Verkrümmung

der Wirbelsäule zu Grunde lag.

In 7 von diesen Fällen wurde völlige Heilung erzielt, 5 wurden gebessert entlassen und 6 Fälle trotzten jede Therapie. Von den übrigen mussten 2 aus Unverstand der Angehörigen die Klinik ohne Therapie verlassen, und über 2 war keine Nachricht einzuholen.

Bei den mit Gehstörung belasteten Patienten stellten sich die erzielten Heilerfolge ein klein wenig günstiger, wie bei den typischen Lähmungen, indem von 19,8 % mit Gehstörungen erkrankter Patienten 6 % zur dauernden Heilung
4,3 % zur Besserung kamen.

Insgesamt waren demnach 28 Fälle mit Lähmungs- und Compressionserscheinungen vorhanden, von diesen wurden

11 = 39,2 % der Gesamtzahl vollkommen geheilt und
12 = 42,8 % der Gesamtzahl trotzten jeder Therapie,

2 mussten ohne Behandlung entlassen werden und von 2 weiteren war nichts über den spätern Verlauf zu ermitteln.

In einer Arbeit über Compressionslähmung des Rückenmarks hat Reinert [1]) der chirurgischen Klinik zu Tübingen folgendes Resultat gefunden:

Von 23 Patienten (Reinert [2]) berücksichtigt an dieser Stelle seiner Arbeit alle Gehstörungen) sind

insgesamt 8 Fälle = 30 % mit positivem
und 14 Fälle = 60 % mit negativem

Erfolge behandelt; über 1 Fall konnte er nichts ermitteln.

Darnach ist das Ergebnis der Göttinger chirurgischen Klinik ein klein wenig günstiger, doch ist dies wohl mehr auf den Umstand zurückzuführen, dass von Reinert [3]) nur die konservativ behandelten Patienten Berücksichtigung gefunden haben.

Bei der Bearbeitung eines grösseren klinischen Materials über Spondylitis tuberculosa springt als ein auffälligstes Moment sofort in die Augen, dass gewisse Teile der Wirbelsäule, ja selbst bestimmte Wirbel mit Vorliebe befallen werden. Bei einer Untersuchung auf die Häufigkeit, mit der die einzelnen Abschnitte der Wirbelsäule erkrankten, ergab sich, dass bei unsern 116 Kranken

15	von	Spondylitis	cervicalis
44	„	„	dorsalis
28	„	„	lumbodorsalis
28	„	„	lumbalis
1	„	„	ohne Verkrümmung

der Wirbelsäule ergriffen wurden.

Ehe wir zur Besprechung der Lokalisierung des tuberkulosen Prozesses in den einzelnen Wirbeln übergehen, sei an dieser Stelle noch hervorgehoben, dass bei unseren 116 Fällen von Spondylitis in der bei weitem grössten Anzahl ein Pottscher Gibbus oder eine Kyphose als eine typische Begleiterscheinung der tuberkulosen Wirbelsäulenerkrankung auftrat. Nur in fol-

---

[1]) [2]) [3]) Reinert: Erfolge der Extension bei spondylitischer Compressionslähmung des Rückenmarks. Bruns Beiträge zur klin. Chir., Bd. 14. S 447.

genden 20 Fällen (1. 4. 6. 14. 15. 17. 18. 22. 23. 27. 32. 36. 43. 48. 76. 77. 80. 90. 102. u. 106) war eine Verkrümmung der Wirbelsäule nicht nachweisbar, und zwar

bei Spondylitis	cerrialis	8	Mal	(4. 6. 15. 48. 77. 80. 102. 106.)
„	„ dorsalis	6	„	(1. 18. 22. 27. 32. 36.)
„	„ lumbodorsalis	2	„	(14. 23.)
„	„ lumbalis	3	„	(17. 43. 76.)

In einem Fall (90) von Spondylitis mit Proasabscess war an keinem Teil der Wirbelsäule irgend welche krankhafte Veränderung nachzuweisen.

An dem cariösen Prozess beteiligten sich die einzelnen Wirbel in folgendem Verhältnis:

Den Sitz der Spondylitis bildete die

Halswirbelsäule in 15 Fällen

und zwar waren isoliert erkrankt der

Atlas 1 Mal (Fall 80)
Epistrophens 1 Mal (Fall 4.)
VI. H. W. 2 Mal (Fall 59 u. 81)
VII. H. W. 2 Mal (Fall 40 u. 60)

mehrere Wirbel zugleich waren ergriffen

III. u. IV. H. W. 2 Mal (Fall 96 u. 102)
V. u. VI. H. W. 1 Mal (Fall 6)
III. u. VII. H. W. 1 Mal (Fall 50)
VI. u. VII. H. W. 1 Mal (Fall 15)

In einem Falle (68) waren zwei Stellen der Halswirbelsäule getrennt von einander zu gleicher Zeit erkrankt, wodurch zwei Prominenzen entstanden, der

III. u. IV, daneben der VI. H. W.

In Fall 48 war der Prozess in den Querfortsätzen zweier Halswirbel rechterseits lokalisiert.

In Fall 77 war nur eine linksconvexe Skoliose der gesamten Halswirbelsäule und in Fall 106 waren gar keine augenscheinlichen oder fühlbaren Veränderungen festzustellen.

Von den 44 Fällen, in den die Brustwirbelsäule der Sitz Erkrankung war, waren isoliert befallen

Der	I.	B.	W.	1 Mal	Fall	105
„	II.	„	„	—	—	—
„	III.	„	„	—	—	—
„	IV.	„	„	1 Mal	Fall	36
„	V.	„	„	—	—	—

Der	VI.	B. W.	1 Mal	Fall	95.	
„	VII.	„ „	2 „	„	75. u. 116.	
„	VIII.	„ „	2 „	„	23. u. 98.	
„	IX.	„ „	3 „	„	51. 27. 69.	
„	X.	„ „	—	—	— — —	
„	XI.	„ „	—	—	— — —	
„	XII.	„ „	3 Mal	Fall	25. 57. 74.	

Zwei Wirbel zusammen waren erkrankt:

Der	I. u. II.	B. W.	2 Mal	(Fall	54. u. 62.)
„	II. u. III.	„ „	2 „	(„	70. u. 91.)
„	VII. u. VIII.	„ „	2 „	(„	41. u. 107.)
„	IX. u X.	„ „	1 „	(„	12.)
„	X. u. XI.	„ „	1 „	(„	20.)
„	XI. u. XII.	„ „	7 „	(„	32. 83. 87. 88. 92. 101. 109.)

Bei den weiteren 12 Fällen (1. 18. 21. 26. 64. 78. 86. 89. 93. 112 113. 114.) waren 3 und mehrere Wirbel zugleich ergriffen, während bei

Fall 66 die gesamte obere Brust-Wirbelsäule,
Fall 63 „ „ untere „ „
Fall 79 die Brustwirbelsäule in ihrer ganzen Ausdehnung eine Kyphose, und in
Fall 9 eine Kyphoskoliose bot.

Ein Prävalieren für den Sitz der spondylitischen Erkrankung wäre aus dieser Uebersicht vielleicht an den ersten, den mittleren und den letzten Wirbeln der Brustwirbelsäule zu erkennen, was wohl seine Erklärung darin findet, dass gerade diese Punkte der Wirbelsäule dem grössten Druck ausgesetzt sind, der unzweifelhaft ein begünstigendes Moment für die tuberkulöse Erkrankung der Wirbelsäule, wie der Knochen überhaupt ist.

Entgegen der Gewohnheit anderer ähnlicher Arbeiten haben wir in Uebereinstimmung mit den Journalen der chirurgischen Klinik zu Göttingen, denen alle diese Fälle entnommen sind, Spondylitis lumbodorsalis für sich, getrennt von der Spondylitis dorsalis und Spondylitis lumbalis vorgenommen. Und wir glauben das mit einem gewissen Recht tun zu dürfen, da es bei der so häufigen gleichmässigen Beteiligung beider Abschnitte der Wirbelsäule mit der gleichen Anzahl von Wirbeln, ausserordentlich schwierig ist, klinisch zu entscheiden, welchem Teil man allein als tuberkulös spondylitisch erkrankt bezeichnen soll, ohne Gefahr zu laufen, das Konto des einen zu sehr zu belasten und das des andern zu entlasten, wie umgekehrt.

Und so sollen auch bei diesem Abschnitt der Wirbelsäule die einzelnen Wirbel mit Rücksicht darauf einer Prüfung unterzogen werden, wie oft dieselben der primäre Sitz der Erkrankung nach dem klinischen Befund zu sein scheinen.

In den 28 Fällen von Spondylitis lumbo-dorsalis fanden sich als isoliert erkrankt:

der X. B. W. — — — — — — — — —
„ XI. „ „ 1 Mal (Fall 5.)
„ XII. „ „ 5 „ („ 7. 24. 29. 31. 52.)
„ I. L. W. 3 „ („ 67. 72. 84.)
„ II. „ „ 1 „ („ 19.)
„ III. „ „ 1 „ („ 71.)
„ IV. „ „ 1 „ („ 30.)

Zwei Wirbel zusammen waren ergriffen:
II. u. III. L. W. 1 Mal (Fall 14)

Bei den weiteren 11 Fällen 8. 10. 38. 39. 42. 94. 100. 108. 110. 111. 115 waren drei oder mehrere Wirbel beider Wirbelsäulenabschnitte erkrankt.

In folgenden 2 Fällen (2 u. 16) fand sich ein Gibbus mit 2 deutlichen Prominenzen in
Fall 2 der VIII. B. W. und zusammen der I. u. II. L. W., in
Fall 16 der IX. B. W. u. I. L. W.

In Fall 23 war der Prozess in Querfortsätzen der unteren Brust- oder oberen Lendenwirbelsäule linkerseits lokalisiert.

Endlich Fall 14, bei dem die Wirbel XI u. XII der Brust- und I u. II der Lendenwirbelsäule beteiligt waren, fand man klinisch weder Deformität noch Druckempfindlichkeit.

Auch aus dieser Zusammenstellung ist deutlich zu erkennen, dass ein Praedilectionssitz für die Spondylitis tuberculosa diejenigen Wirbel bilden, die den grössten Druck der Körperlast ausgesetzt sind, und ferner jene Stellen der gesamten Wirbelsäule, an denen ein beweglicher Teil mit einem unbeweglichen zusammenstösst, welche für die untere Brust- der XI. u. XII., für die obere Lendenwirbelsäule der I. u. II. Wirbel ist.

Es erübrigt nur noch die Lendenwirbelsäule auf diesen Punkt hin einer Prüfung zu unterziehen, und wir finden bei ihr dieselbe Gesetzmässigkeit wieder.

Isoliert waren erkrankt
der I. L. W. 3 Mal (Fall 3. 49. 92.)
„ II. „ „ 2 „ („ 55. u. 104)

der III. L. W. 2 Mal (Fall 58. 61.)
„ IV. „ „ 1 „ („ 53)
„ V. „ „ 1 „ („ 44.)

Zwei Wirbel zusammen wurden befallen:

der I. u. II. L. W. 1 Mal (Fall 103.)
„ II u. III. „ „ 3 „ („ 43. 56. 85.)
„ III. u. IV. „ „ 2 „ („ 45. u. 46)
„ IV. u. V „ „ 2 „ („ 13. u. 76.)

Drei und mehrere Wirbel zusammen erkrankten in 6 Fällen (11. 33. 34. 37. 47. 73.)

In 4 Fällen (35 65 82. u. 97) waren sämtliche Lendenwirbel beteiligt und endlich:

Fall 17 lag die Erkrankung mehrerer Lendenwirbelkörper zu gleicher Zeit getrennt von einander vor.

Eine der mit Recht gefürchtetsten Komplikationen bei der tuberkulösen Erkrankung der Wirbelsäule, die in der Hälfte aller Fälle auftritt und deshalb fast eine regelmässige, typische Begleiterscheinung der Spondylitis in vorgerückterem Stadium bildet, ist das Vorkommen von Abscessen. Und zwar ist diese Komplikation deshalb so gefürchtet, weil sie von dem Moment an, wo sich Abscessierungen bilden, den Patienten ständig der Gefahr der mehr oder minder plötzlichen Verallgemeinerung der Tuberkulose oder der amyloiden Degeneration der Organe seines Körpers aussetzt.

Bei 57 Kranken (Fall 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 16. 17. 18 19. 20. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38 39. 40. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 58. 76. 79. 84. 89. 90. 106. 109) kamen Kongestionsabscesse vor.

Davon litten an Spondylitis		cervicalis	6	auf	15
„	„	dorsalis	15	„	44
„	„	lumbodorsalis	19	„	28
„	„	lumbalis	16	„	28

Fälle. Endlich 1 Fall mit linksseitigem Processabscess, bei den Veränderungen der Wirbelsäule in keinem Fall nachgewiesen werden konnte.

Die Cervical-Wirbelabscesse

kamen seitlich am Halse zur Perforation bezw. Punktion oder Eröffnung

4 Mal rechterseits (Fall 4. 6. 40. 48.)

Zur Resorbtion gelangten sie

1 Mal rechterseits (Fall 50) u.
1 „ linkerseits („ 106).

Die Dorsal-Wirbelabscesse
perforierten, wurden punktiert oder indiciert
am Rücken rechterseits 2 Mal (Fall 18. 27.)
„ „ linkerseits 3 „ („ 1. 20. 51.)
„ „ beiderseits 2 „ („ 22. 36.)
Im Becken rechterseits 3 „ („ 12. 25. 32.)
„ „ linkerseits 1 „ („ 79.)
In der Inguinalgegend rechts 1 Mal (Fall 109.)
„ „ „ links 1 „ („ 89.)
In der Glutealgegend rechts 1 „ („ 9.)
An der Vorderseite des Oberschenk. rechts 1 Mal (26.)

Die Lumbodorsal-Wirbelabscesse
kamen zur Perforation, wurden eröffnet oder punktiert
am Rücken rechterseits 2 Mal (Fall 14. 28.)
„ „ linkerseits 1 „ („ 23.)
Im Becken rechterseits 2 „ („ 8. 52.)
„ „ linkerseits 3 „ („ 19. 30. 42.)
„ „ beiderseits 1 „ („ 29.)
In der Ingiunalgegend rechts 1 Mal (Fall 39.)
An der Vorderseite des Oberschenk. 1 „ („ 24.)

An zwei Stellen zugleich kamen zur Perforation, Punktion oder Eröffnung
in der Lumbal- und Inguinalgegend
linkerseits 2 Mal (Fall 2. u. 7.)
In der Gluteal- und Inguinalgegend
linkerseits 1 Mal (Fall 5.)

Ausserdem kam ein Lumbodorsal-Wirbelabscess zur Resorbtion in der Inguinalgegend linkerseits 1 Mal (84.)

Die Lumbal-Wirbelabscesse
perforierten, wurden punktiert oder geöffnet.
Am Rückm rechterseits 2 Mal (Fall 13. u 17.)
„ „ linkerseits 1 „ („ 43.)
„ „ beiderseits 2 „ („ 33. u. 46.)
Im Becken rechterseits 1 „ („ 37.)
„ „ linkerseits 1 „ („ 3.)
In der Inguinalgegend linkerseits 2 Mal (Fall 1. u. 44.)
„ „ Glutealgegend „ 1 „ („ 47.)
An der Vorderseite des Oberschenk. rechterseits 1 Mal (Fall 49.)
„ „ „ „ „ linkerseits 3 „ (35, 45. 76.)
„ „ Rückseite „ „ „ 1 „ (Fall 34.)

Fall 58 mit rechtseitigem Proasabscess musste ohne Therapie wieder entlassen werden und entzog sich dadurch der weiteren Beobachtung.

Zuletzt ist dann noch Fall 90 zu erwähnen, bei dem

sich ein linksseitiger Proasabscess gebildet hatte, der unter den vorigen Gruppen nicht einzureihen ist, weil, wie oben erwähnt ist, sich weder für das Auge noch für das Gefühl eine Veränderung der Wirbelsäule nachweisen liess. Dieser Abscess ist durch Resorbtion vollkommen verschwunden.

Insgesamt kamen auf der rechten Körperhälfte 27½ Mal
und „ „ „ „ linken „ 29½ „
und 3 Mal beiderseits Senkungsabcesse zum Durchbruch. Demnach scheint die linke Körperhälfte in ganz geringem Masse mehr für die Ansammlung von Kongestionsabscessen disponiert zu sein.

Von den 57 Spondylitiden mit Abscessbildung starben 21 Patienten.

Diesen unglücklich geendeten Fällen sollen in Folgendem die Gebesserten und Geheilten gegenübergestellt werden.

Von den an Spondylitis cervicals erkrankten Patienten starben 4 von 6. (Fall 4. 6. 40. 48.)
Die Fälle 4. 40. und 48 waren zur Operation gekommen und hernach mit Jodoformbrei resp. mit Jodoformglyzerin behandelt, Fall 6 war nur operiert und nicht mit Jodoform behandelt.

Fall 50 wurde mittels Gipshülse gebessert.

Fall 106 mit Filzkorsett vollkommen geheilt.

Von Spondylitis dorsalis mit Abscess
starben 5 von 15 (Fall 1. 9. 18. 27. 36),
bei 4 von diesen Fällen (1. 9. 27. 36.) war incidiert und später bei (9. 27 u. 36.) Jodoformglycerin injiciert. Bei Fall 1 wurde nicht injiciert. Fall 18 wurde punktiert und injiciert.

Gebessert wurden 2 (Fall 12 u. 51),
bei 51 wurde nur Punktion
„ 12 Punction und Jodoformglycerininjection gemacht.

Vollkommen geheilt wurden 4 (20. 22. 25. 26).
bei 22 wurde incidiert und injiciert
„ 20. 25. 26. punktiert und injiciert,
machtlos blieb die Therapie in 2 Fällen (Fall 32 u. 109),
bei 32 wurde Punktion und Injektion gemacht,
„ 109 fand Behandlung mit Gipskorsett statt.
Fall 79 musste ohne Therapie bleiben,
und über Fall 89 war keine Nachricht über den weiteren Verlauf zu erbringen.

Von Spondylitis lumbodorsalis
starben 4 von 19 (Fall 5. 16. 38. 52),
Fall 5. 16. 38 kamen zur Incision

und Fall 5 u. 38 zur späteren Injection von Jodoformglycerin; bei Fall 16 wurde nicht injiciert. Fall 52 wurde mittels Punktion und Injection behandelt.

Gebessert wurde 1 Fall (7) der incidiert und mit Jodoformglycerin behandelt wurde.

Vollkommen geheilt wurden 7 Fälle (10. 14. 19. 23. 28. 29. 84.),

von diesen wurden 4 operiert und mit Jodoformglycerin weiterbehandelt (Fall 10. 19. 23. 28). Fall 14 wurde nur operiert und ohne Jodoform gelassen.

Ein Fall 29 wurde nur punktiert und „ Fall 84 mit Gipsbett behandelt.

Machtlos blieb die Therapie in 4 Fällen (2. 24. 31. 39), bei denen incidiert (24) oder punktiert (2. 31. 39.) und Jodoformglycerinbehandlung eingeleitet war.

Endlich in 3 Fällen (8. 30. u. 42.) war keine Auskunft über den weiteren Verlauf einzuziehen.

Von Spondylitis lumbalis mit Abscess starben 8 von 16, Fall (3. 17. 33. 35. 43. 46. 47. 76), 3 von ihnen (17. 35. 43.) wurden operiert und mit Jodoformbrei bezw. Jodoformglycerin behandelt. 4 Fälle (3. 33. 46. 47.) wurden punktiert und injiciert, ein Fall (76) entleerte sich spontan).

Vollkommen geheilt wurden 2 Fälle (13 u. 45),
13 wurde incidiert
45 „ punktiert und mit Jodoformbrei bezw. Jodoformglycerin behandelt.

In 1 Fall (34) blieb die Therapie, welche in Incision und Jodoformbreibehandlung bestand, machtlos, ferner musste 1 Fall (58) ohne Therapie entlassen werden, und in 4 Fällen (11. 37. 44. 49.) war keine Nachricht über den weiteren Verlauf einzuholen.

Endlich wurde bei Fall 90, der ganz isoliert dasteht, nach der Resorbtion des Abscess, die sich während der Behandlung mit Rauchfusscher Schwebe vollzog, eine Restitutio ad integrum erzielt.

Die Sterblichkeitsziffer betrug also auf die Spondylitiden mit Abscessbildung bezogen

36,8 %.

Auf die Gesamtzahl der 116 Fälle von Spondylitis

18,1 %.

Es erübrigt nun noch, zu ermitteln, wie weit die Heilversuche mittels der konservativen Methoden,

der Behandlung mit Glissonscher bezw. Rauchfuss'scher Schwebe, der Dauerextension nach von Vollkmann, dem Gips- und Lorenzschen Reklinationsbett, sowie mit dem Jurymast und der Korsettbehandlung bei den Spondylitiden ohne Abscess von Erfolg gewesen sind.

Von den 59 tuberkulosen Erkrankungen der Wirbelsäule starben im ganzen 15 Patienten.

Ebenso wie bei den eben behandelten, sollen auch hier die gebesserten oder geheilten Fälle neben den letal verlaufenen besprochen werden.

Von Spondylitis cervicalis ohne Abscess bei konservativer Behandlung

starben 4 von 9 (Fall 15. 59. 60. 68.)

Fall 15 endete mit einer Miliartuberkulose nach Perforation eines klinisch nicht zu diagnostizierenden praevertebralen Abscess.

Fall 59. mit allgem. Tuberkulose.

Fall 60. mit nicht angegebener Krankheit,

in Fall 68. wurde Pat., der mit Glissonscher Schwebe extendiert wurde, unserer Therapie entrissen und starb bald darauf.

Vollkommen geheilt wurden 4 Fälle (77. 80. 96. 102.) nach Behandlung mittels Extension und späteren Anlegen einer Kravatte bezw. eines Korsetts.

Ueber Fall 81, bei dem die Therapie unterbrochen werden musste, war keine Nachricht einzuziehen.

Von Spondylitis dorsalis ohne Abscess starben 6 von 29 (Fall 54. 75. 83. 95 98. u. 112.)

Fall 54., der mit Volkmannscher Extension behandelt war, starb an nicht angegebener Krankheit.

Fall 75., mit Rauchfussscher Schwebe behandelt, erlag der Wirbelcaries.

Fall 83., mit Rauchfussscher Schwebe behandelt, starb an unbekannter Krankheit.

Von Fall 95. u. 96., welche beide mit Korsett behandelt waren, starb der eine an Lungen-, der andere an allgemeiner Tuberkulose.

Fall 112., mit Extension behandelt kam infolge eines septischen Decubitus ad exitum.

Gebessert wurden 3 Fälle (86 88. u. 101.)
Fall 86 u. 101 mit Korsett und
„ 88 mit Rauchfussscher Schwebe behandelt.

Vollkommen geheilt wurden 10 Patienten (21. 63. 64. 66. 78. 87. 92. 105. 114. 116.)
Fall 21. nach Laminectomie.
„ 63. 66. 78. mit Gipsbett.
„ 87. 92. 114. 116 mit Korsett.
„ 105. durch die Ruhe des klinischen Aufenthaltes.
„ 66. ohne jede Therapie.

Machtlos blieb die Therapie in 4 Fällen (41. 91. 93. 107.)
in Fall 41. nach Leminectomie,
„ „ 93. nach Extension und Korsett,
„ „ 107. „ „ „ „
„ „ 91. wurden die therapeutischen Massnahmen nicht innegehalten.

In 6 Fällen (57. 62. 69. 70. 74. 113) war keine Nachricht über den weiteren Verlauf einzuholen.

Von Spondylitis lumbodorsalis ohne Abscess starben 4 von 9 (Fall 67. 72. 110. 111.
Die Behandlung war in Fall 111 Bettruhe. Der Tod erfolgte an septischen Decubitis. Fall 67. u. 110, wurden mit Korsett behandelt. Fall 87 starb an unbekannter Krankheit, 110 an Lungentuberkulose. In Fall 72 wurde die Therapie verweigert.
Gebesser wurde1 Fall (115) mittels Korsett.

Von weiteren 4 Fällen 71. 94. 100. u. 108. war nichts zu erfahren.

Von Spondylitis lumbalis ohne Abscess starb 1 Fall von 12 (103) und zwar an unbekannter Krankheit. Die Therapie bestand in Extension und Korsettbehandlung.
Gebessert wurde 1 Fall (53) durch Tragen eines Korsetts.

Vollkommen geheilt wurden 5 Fälle (61. 65. 73. 85. 104.)
Fall 65 mittels Gipsbett.
„ 73 u. 104 mit Rauchfussscher Schwebe

und später Korsett.

Fall 61 u. 85 durch Korsettbehandlung.

Machtlos erwies sich die Therapie in 2 Fällen (82. u. 97.) bei denen in 82 dauernde Extension und in 97 das Tragen eines Korsetts vergeblich blieben.

Endlich in 3 Fällen (55. 56. 99.) war keine Auskunft beizubringen.

Die Sterblichkeit nach Prozenten beläuft sich demnach aus der aufgestellten Statistik für die Spondylitis tuberculosa ohne Abscessbildung auf 25,4 %.

Auf die Gesamtzahl der 116 Krankheitsfälle bezogen auf 12,9 %.

Hieraus geht gegenüber den Ziffern bei Spondylitis mit Abscessbildung

36,8 %,

bezw. 18,1 %

deutlich hervor, dass das Vorkommen eines Abscess bei Spondylitis den Patienten in doppeltem Masse quoad vitam gefährdet.

Diesen hohen Opfern, welche die tuberkulose Erkrankung der Wirbelsäule fordert, kann die Göttinger Therapie nach unseren Untersuchungen also Heilerfolge in der Höhe von

26,3 % bei Wirbelsäulentuberkulose mit Abscess
und 32,2 % „ „ ohne „
gegenüberstellen.

Die Sterblichkeit bei beiden Spondylitiden, einem Krankheitsprocess ohne Abscess oder mit Abscess kompliciert zusammen erreicht nach vorliegendem Matrial eine Höhe von

31 %

gegenüber von 29,3 % Heilungserfolgen.

Es verliefen also fast $^1/_3$ aller Fälle letal.

Die Todesursache, welche schliesslich einem so schweren Krankheitsprocess wie der Wirbelsäulen-Caries ein Ziel setzt, kann mit Sicherheit nur dann festgestellt werden, wenn von allen, oder zum wenigsten dem grössten Teile, Sektionsprotokolle vorliegen. Da dies bei einem Krankenmaterial, das durch die Natur seines Leidens zum grossen Teil einer ambulanten Behandlung unterliegt, nicht möglich ist, so sei es erlaubt, zu einer Vergleichung den Befund einer anderen Arbeit heranzuziehen, die nur auf Grund von Sektionsbüchern angefertigt ist. Wo aber die Todesursache unserer Patienten genau

---

Dr. H. Nebel: **Die Behandlung der Rückgratsverkrümmungen mittels des Sayrschen Gipskorsetts etc. . . . R. v Volkmann, Sammlung klin. Vorträge, Chirurgie. IV. 85— III.**

bekannt war, ist dieselbe im Text hinzugefügt.

In einer Zusammenstellung über Behandlung von Ruckgratsverkrümmungen hat Nebel an der Hand der Sektionsbücher des allgemeinen Krankenhauses zu Hamburg folgende Resultate gefunden. Es sind in nahezu 7 Jahren auf 1957 Sektionen (der chirurgischen Abteilung) 82 Fälle von Wirbelcaries gekommen.

Davon waren	Männer	30
	Weiber	16
unter 16 Jahren	Knaben	22
	Mädchen	14
	Summa	82

Als Todesursache konnte angenommen werden:

Hirntuberkel	in	1	Falle
Locale (Lungen-)Tuberkulose	„	2	Fällen
Allgemeine Tuberkulose	„	15	„
Amyloid	„	29	„
Andere Affectionen (mit Anchluss an die vorerwähnten)	„	31	„
Erkrankungen des Rückenmarks	„	4	„
	Sa.	82	

An Hirntuberkeln starben hiernach	1,2 %
„ Localer (Lungen-)Tuberkulose	2,4 %
„ Allgemeiner Tuberkulose	18,3 %
„ Amyloid	35,3 %
„ Andere Affectionen (mit Anschluss an die vorerwähnten)	37,8 %
„ Erkrankung des Rückenmarks	4,8 %

Nur in 8 von unsern ad exitum gekommenen Fällen war es möglich, entweder durch die in Göttingen vorgenommene Sektion oder durch zuverlässiges Zeugnis die Todesursache festzustellen.

Davon starben an Meningitis	3 (9. 36. 43.)
„ „ „ Lungentuberkulose	2 (40. 110.)
„ „ „ allgemeiner Tuberkulose	1 (15.)
„ „ „ anderen Affectionen (mit Anschluss an die vorerwänten)	2 (17. 111.)

Es bleibt mir zum Schlusse die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geheimen Medizinal-Rat Professor Braun für die Anregung zu dieser Arbeit, und für die gütige Ueberlassung des Materials, wie auch Herrn Dr. Jenckel für die liebenswürdige Unterstützung bei der Anfertigung derselben meinen verbindlichsten Dank zu sagen.

Lebenslauf.

Ich, Gustav Carl Facompré wurde am 20. Januar 1878 zu Nienburg a. d. Weser geboren. Meine erste Schulbildung erhielt ich auf dem Realprogymnasium meiner Vaterstadt, das ich Ostern 1895 nach erhaltener Berechtigung zum Einjährig-freiwilligen Militärdienst verliess. Darauf besuchte ich bis Ostern 1898 das Realgymnasium zu Quakenbrück, von wo ich nach bestandener Reifeprüfung anfangs in meine Heimat zurückging, von Michaelis 1898 bis Ostern 1899 aber als Hospitant am Gymnasium zu Lingen an d. Ems weilte, um die Reifeprüfung im Griechischen und Lateinischen nachzuholen. Von Ostern 1899 bis Sommer 1900 studierte ich in Marburg Medizin, ging darauf im Semester 1900/01 nach Göttingen, und bestand hier das Physicum, studierte dann wieder ein Semester 1901 in Marburg, um im darauffolgenden Winter-Semester 1901/02 nach Göttingen zurückzukehren, wo ich in diesem Winter meiner aktiven militärischen Dienstpflicht mit der Waffe genügte.

Seit jener Zeit habe ich mich mit geringen Unterbrechungen bis heute in Göttingen studienhalber aufgehalten. Das medizinische Staatsexamen bestand ich am 20. März 1904.

Kranken-Geschichten.

1. **Abeling, Wilhelmine,** 46 J., Arbeiterfrau aus Kl. Lessen b. Solingen. Aufnahme: 25./6. 00. Anamnese: Pat. war in früherer Zeit nie krank. Mutter starb an Brustkrankheit. Februar will Patientin einen Typhus durchgemacht haben, lag aber nur zwei Wochen zu Bett und konsultierte keinen Arzt. Im März bildete sich dann eine Anschwellung im Rücken, wegen welcher sie vom 28. Juni 99 bis heute im Krankenhause zu Solingen gelegen hat, wo sie öfter operiert wurde. Die Anschwellung bildete sich im Gegensatz zu der ersten Erkrankung im Februar ohne Begleitung von Fieber. Status: Sehr schwächliche, blasse Frau, Lymphdrüsenschwellung in der Achselhöhle. Schall hinten links oben abgeschwächt, daselbst feinblasige knackende Geräusche. Puls normal. Dicht neben der W. S. findet sich in der Höhe des 9. B. W. beginnend eine 16 cm lange, senkrecht nach unten gehende bis 2 cm breite granulierende, eitrige Wunde, welche zwei 5 cm lange horizentale Ausläufer hat. Es führen 3 Fisteln in die Tiefe auf die Wirbelsäule. Bei Druck auf den Proc. spinos. des 8., 9. u. 10 B. W. wird stärkerer Schmerz geäußert, und es fließt Eiter aus der Fistel. Rippen nicht schmerzhaft. 26./6. Therapie: Operation in Chloroform-Nark. Spaltung der Fisteln bis auf die Wirbelsäule. In der Tiefe an verschiedenen Stellen findet sich an den Wirbelbogen und den Process transvers. der Knochen rauh und entblößt, jedoch nirgend ein Sequester. Abkneifen der rauhen Knochenpartien, Excision der Fisteln, Ausschabung der Granulationen, Naht, Drainage-, Tamponade mit Jodoformgaze-Verband. 29./6. Plötzlich hohes Fieber, Puls 120. Verbandwechsel-Umgebung der Wunde in weiter Ausdehnung erysipelatös entzündet. Verlegung ins Absonderungshaus. Pat. wird daselbst wegen eines sehr ausgedehnten Erysipels, der von der Operationswunde ausgehend, sich über die ganze Fläche des Rückens ausdehnte, vom 29./6. bis 11./7. 00 behandelt. Am 4./7. wurden die ersten Nähte entfernt. Die Wundränder klafften weit, nur oben ist die Vereinigung zustande gekommen. 11./7. Die übrigen Nähte entfernt. Erysipel vollkommen geheilt. 20./7. Es besteht eine 12 cm lange bis 3 cm breite granulierende, muldenförmig vertiefte Wundfläche. Die granulierenden Flächen sind an einigen Stellen fibrinös belegt. Die Wunde beginnt in der Mittellinie des Rückens in Höhe des Angul. skapul. und erstreckt sich von da abwärts links von den Dornfortsätzen. Entlassen 8./6. 04. Auf Anfrage: Adressat verstorben.

2. **Adam, Walter** 13 J. Inspektorssohn aus St. Andreasberg. Aufnahme: 20./3. 02. Anamnese: Pat. wurde im Oktober 1899 an einer tbc. Sehnenscheidenentzündung des rechten Fußgelenks hier in der Klinik operativ behandelt. Damals fand sich folgende Anamnese. Mutter und 3 Geschwister an unbekannter Krankheit gestorben. 1 Bruder von 10 Jahren lebt und ist gesund. Pat. ist 1894 in der med. Klinik zu Königsberg wegen Spitzenkatarrh behandelt Seit etwa 4 Wochen bemerkte er eine Anschwellung in der Lendengegend, gleichzeitig auch eine Verkrümmung der Wirbelsäule. Status: Mittelgroßer, zierlich gebauter Knabe von blassem Aussehen und mäßigem Ernährungszustand. Die Fußgelenkstbc. ist völlig geheilt Es besteht eine geringe Lordose der B. W. S.; ein deutliches Vorspringen des 1. u. 2. L. W. Dornfortsatzes, sodaß man unterhalb dieser die Daumenkuppe einlegen kann. Eine zweite kleinere Abknickung besteht am 8. B. W. In der l. Lendengegend etwa

handtellergroße, pralle Anschwellung, welche mit einer oberhalb des l. Lig. Poup. gelegenen kommunicert. Bei Suspension keine Veränderung der W. S. 21./3. Therapie: Unter Kelen Punktion des Absceß in der Lendengegend. 200 cbc. Eiter entleert. Injection von 20 cbcm. Jdfglc. Nach fieberlosem Verlauf am 26./1. mit Gipskorsett entlassen. 7./5. Wiederaufnahme: Status idem. Gipskorsett auf dem Gibbus geringe Druckstelle hinterlassen, Salbenverband. 8./5. Punktion der Schwellung in der Lumbalgegend. 50 cbcm. tbc. Eiters entleert. Injektion von 22 cbcm. Jdfglc. 11./5. mit neuem Korsett entlassen. 1./7. Wiederaufnahme: Kein Absceß. Pat. sieht ges. aus. Kyphose unverändert. Pat. 150 cm groß, 71 Pfund schwer. Erhält neues Korsett mit Armstützen, am 3./7. entlassen. 12./9. Wiederaufnahme: Status idem. kein Absceß, mit Gipskorsett entlassen. 14./9. 26./9. erhält Pat. ein Celluloidkorsett. 5/3. 03. Wiederaufnahme: Verschlechterung. Es hat sich eine Skoliose der W. S. eingestellt; links direkt unterhalb der Crista ossis ilei bestehen mehrere wenig secernierende Fisteln, in denen man mittels Sonde sehr weit nach oben kommt. Entblößter Knochen wird nirgends gefühlt. Keine subjektiven Beschwerden. 7./3. 03. Mit neuem Celluloidkorsett entlassen. 11./6. 04. Status auf Anfrage: Das Allgemeinbefinden ist schlecht. Die Fisteln secernieren noch, auf Druck in die Leistengegend fließt Eiter aus. Die Kyphose besteht wie vordem. Es wurde kein Korsett mehr getragen. Husten ist wenig oder garnicht vorhanden. Pat. wird ärztlich behandelt.

3. **Bischoff, Martha,** 7. J., Briefträgerstochter aus Herzberg a. H. Aufnahme: 12./8. 96. Anamnese: Am 7./8. 96 fiel Pat. 5 Fuß hoch aus dem Fenster. Seitdem Rückenschmerzen. Der Buckel aber hat schon längere Zeit bestanden. Status: Mittelgut genährtes, gesund aussehendes Kind; kein Fieber, Lungen und Herz normal, Urin frei. Keine Lähmung, kein Senkungsabsceß. Der 1. L. W. tritt als Gibbus hervor und ist druckempfindlich. Therapie: Reclinationsbett nach Lorenz. 8./10. 96. Mit Filzkorsett entlassen. 12./1. 97. Wiederaufnahme, Status idem. 18./1. Therapie: Oper. in Chlf. Nark. Die Punktion eines im Entstehen begriffenen Psoasabscesses ergibt 30—40 cbcm. tbc. Eiter. Injektion von 10 cbcm. einer 10 %igen Jdfglyc. Emulsion. 20./1. 97. Auf 6 Wochen entlassen. 11./1. 1901. Gibbus viel stärker geworden. Abscesse in der Tiefe, in der unteren B. und des L. W. S. findet sich eine sehr erhebliche Kyphoskoliose mit fast spitzwinkliger Knickung, deren Höhe der 6. Brustwirbel bildet. 22./1. 01. Wegen seiner tiefen Lage wird der Absceß nicht punktiert und Pat. mit Celluloidkorsett entlassen. Adressat verstorben, sonst keine Nachricht auf Anfrage.

4. **Bloch, Sophie,** 12 Jahre, aus Mühlhausen. Aufnahme: 28./3. 00. Anamnese: Pat. ist seit Weihnachten vorigen Jahres mit einer gleichzeitigen Anschwellung der Füße erkrankt, war nicht im stande zu gehen oder dieselben zu bewegen. Doch besserte sich dieser Zustand wieder. Dann bekam sie vor Weihnachten 1899 Schmerzen im Genick. Der Hals wurde steif, Bewegungen des Kopfes erschwert und schmerzhaft. Im Januar wurde der Hals dick, Pat. wurde seitdem ständig bettlägerig und konnte sich nicht rühren, auch verspürte sie seit einigen Wochen eine Schwäche im linken Arm. Status: Sehr schwächliches Mädchen, Temper. normal. Puls kräftig, beschleunigt, Herz frei. Ueber beiden Lungen giemende und schnurrende, über der rechten Spitze knackende Geräusche. Der Hals wird vollkommen steif gehalten. Im oberen Teile der H. W. S. Verbiegung nach rechts und starke Schmerzhaftigkeit. Unterhalb des rechten Ohres eine fluktuierende Anschwellung, die sich nach der H. W. S. verfolgen läßt. Pat. spricht, als ob sie einen Kloß im Halse hätte. Die hintere Rachenschleimhaut ist durch eine fluktuierende Schwellung abgehoben. Der linke Arm kann nur bis zur Schulterhöhe gehoben werden. 29./3. 00. Therapie: Operation in Chlf. Nark. Schnitt von 3 cm Länge über die am hinteren Rande des Sternocleidomast. befindlichen Anschwellung. Einige tbc. Lymphdrüsen werden exstirpiert und der Absceß eröffnet. Wenig Eiter mit weißen Bröckeln. Der Absceß geht nach

oben hinter den Pharynx und bis ungefähr zum 2. H. W. Man fühlt den vom Periost entblößten Proc transversus desselben. Bei Druck auf die Schwellung im Pharynx entleert sich noch mehr Eiter. Drainage, Injektion von 10 cbcm Jodglyc., Hautnaht, Verband und Extension nach Glisson. 1./4. Lähmung im l. Arm hat zugenommen, Pat. kann denselben nicht mehr heben und auch die Finger nur wenig bewegen. 4./1. Nähte entfernt, Eiterung gering. 24./1. In letzter Zeit Fieber. Beim Verbandwechsel ein handflächengroßer Decubitus am Hinterhaupt entdeckt. Die ganze Haut nekrotisch, die Umgebung bis zur Stirn oedematös. Schon von weitem penetranter Geruch. Rasieren des Kopfes, Desinfection, feuchter Verband, Wattekranz. 4./5. 00. Die Wunde am Hals eitert noch; am Kopf heben sich die Weichteile handflächengroß bis auf den Knochen ab. In letzter Zeit klagte Pat. über mangelhafte Beweglichkeit der rechten Hand, während die linke Hand sich gebessert hatte. Pat. sieht elend aus. Appetit gut, läßt den Stuhlgang unter sich gehen. Auf dringenden Wunsch der Eltern entlassen. 7./6. 04. Auf Anfrage: Pat. ist gestorben.

5. **Bruns, Willi,** 9³/₄ J., Bandagistenkind aus Göttingen. Aufnahme: 11./1. 01. Anamnese: Seit 3 Jahren hat Pat. einen krummen Rücken, der sich nach einem Falle gebildet haben soll. Seitdem war er in poliklinischer Behandlung, vor 11 Tagen eine Schwellung am l. Gesäß bemerkt. Status: Kräftiger, gesund aussehender Junge mit gesunden Brustorganen. Inguinale Drüsenschwellung, auch ist links die Inguinalfalte verstrichen. Die linke Gesäßgegend nach hinten vom Trochant maj zeigt eine diffuse fluctuierende Schwellung. Bei Druck in die Inguinalgegend und gleichzeitigem Gegendruck auf die Gesäßschwellung fühlt man Fluctuation, doch besteht daselbst kein deutlicher Absceß. Pat. hat eine sehr erhebliche, ca. rechtwinklige Kyphose der unteren Brust und L. W. S., deren Spitze der Dornfortsatz des 9. B. W. bildet. 12./1 01. Therapie: Versuch einer Punktion mißlingt. Operat. in Chlf.-Nark. Incision in der Gesäßgegend, ganz in der Tiefe kommt man unter der Muskulatur auf den Absceß, derselbe hat den ganzen Knochen umspült und enthält neben Eiter dicke käsige Massen. Entleerung, Injection von 30 cbcm. Jdglyc. Naht, Verband. 17./1. Fieberloser Verlauf. Nähte entfernt, glatte Heilung 22./1. Entlassen. 8./2. Auf Anfrage: Pat. am 16./8 03 gestorben, angebl. an einer Nierenentzündung. Die Eiterung wieder aufgetreten, hat bis zum Tode bestanden. Der Gibbus ist nicht mehr stärker geworden. Korsett konnte wegen Schmerzhaftigkeit, die eine „Leberanschwellung“ verursachte, nicht getragen werden. Husten war nicht vorhanden. Pat. war in ärztlicher Behandlung.

6. **Drege, Franz,** 8 J., Arbeiterkind aus Göttingen. Aufnahme: 24./3. 97. Anamnese: Vor 3 Jahren Pleuritis exsudativa dexstr. links. Pneumonie, Nephritis, in der med. Klinik behandelt. Als ganz kl. Kind hatte Pat Rhachitis. Von der überstandenen Pleuritis hat er Steifigkeit und Schmerzen im Genick, sowie Schwäche in Armen und Beinen zurückbehalten. Seit 4 Tagen bei plötzlichem Umfallen ohne äußere Ursache Lähmung der Arme und Beine. Das Kind ist stark belastet, Vater Husten, Mutter Blut ausgeworfen, 2 Kinder sind an Krämpfe, ein anderes an Schwindsucht gestorben. Status: Die Lähmung ist während des Aufenthaltes in der med. Klinik verschwunden. An der rechten Seite des Halses liegt hinter dem musc. sternocleidomastoideus eine hühnereigroße Anschwellung, darüber verschiedentlich geschwollene Drüsen. Therapie: Anfangs Glissonschlinge (5 Pfd.). 29./3, 97. Oper. in Chlf. Nark. Incision. Es entleert sich gelblichweißer Eiter mit Knochensand vermischt. Er liegt der Vorderwand der W S. auf und überragt sie etwas nach links. In der Höhe des 5.—6. H. W. deutliche Einsenkung, in derselben rauher Knochen der cariösen Wirbelkörper. Vorsichtige Ausräumung, Jodoformgazetamponade, Naht, Verband. Fieberloser aseptischer Verlauf. 27./4. Vollständig vernarbt. 5./6 Exstirpation einer Drüse am Kinn, die das Tragen eines Korsetts erschwert hätte und Weiterbehandlung mit Glisson-Schwebe. 21./6. 97. Mit

Holzlehmkorsett auf $1/4$ Jahr entlassen. 11./6. 04. Pat. ist am 5./7. 1900 in Alt-Betlehem (Göttingen) an der W. S.-Affektion gestorben.

7. **Deneke, Fritz,** 6 J. Stellmacherssohn aus Niedernjesa. Aufnahme: 10./5. 97. Anamnese: Pat. wird ohne Bericht aus der med. Klinik eingeliefert. Status: Etwas blasser, mittelgutgenährter Junge. Herz und Lungen normal, Urin frei, kein Fieber. Starker Gibbus vom 8. B. bis 2. L. W. Die Spitze des Gibbus liegt über dem 12. B. W. Wirbelsäule nicht druckempfindlich. Zwei gänseeigroße Abscesse unter der linken 12. Rippe und unter dem linken Lig. Poupart. 11./5. 97 Therapie: Operat. Chlf. Nark. Incision der Abscesse. Es entleert sich viel Eiter, die Abscesse communicieren mit einander. Im Leistenabsceß viele bis erbsengroße Sequester. Ausschabung Jodoformglycerininjektion, Naht, Verband. 2./6. 97. Mit Fisteln zur Weiterbehandlung durch seinen Arzt entlassen. Wiedervorstellung auf Anfrage: 6./7. 04. Pat sieht blaß aus, das Allgemeinbefinden ist aber durchaus gut. Vor drei Jahren schloß sich eine Fistel in der rechten Leistenbeuge und es bildete sich infolge dessen ein ziemlich großer Absceß am rechten Oberschenkel. Derselbe wurde von seinem Hausarzt incidiert, es entleerte sich viel Eiter. Heute ist an der Innenseite des r. Oberschenkels daselbst eine feste Narbe. Die Fistel in der Leistenbeuge secerniert, wie eine gleiche auf der linken Seite. Aus ihnen quillt Granulationsgewebe hervor. Links hinten am Rücken unter der 12. Rippe eine ca. 15 cm lange, feine, feste Narbe Von der Incision herrührend. Der Gibbus umfaßt noch dieselbe Anzahl Wirbel, ist etwas convexskoliotisch, nicht druckempfindlich, Abscesse in seiner Umgebung wie auch im Becken bestehen nicht. Schlag auf den Kopf, sowie Sprung auf die Füße nicht schmerzhaft. Ein Korsett wurde nicht getragen. Mit einer Sonde gelangt man in die Fisteln der Schenkelbeuge links 5 cm, rechts $1\frac{1}{2}$ cm in die Höhe. Pat. war wegen eines Absceß am linken Ellenbogen vor längerer Zeit in ärztlicher Behandlung, Husten hat er nicht. Aetzung des Granulationsgewebes der Fisteln mit Lapisstift. Pflasterverband, Korsett empfohlen, entlassen.

8 **Gustävel, Eberhard,** $9\frac{1}{2}$ J., Kutscherssohn aus Hardenberg b. Nörten. Aufnahme: 20./5. 95. Anamnese: Pat. war angeblich bis vor 3 Jahren völlig gesund. Damals bildete sich ganz allmählig ein Buckel aus und wird dieserhalb seit $1\frac{1}{2}$ Jahren poliklinisch behandelt. Das Filzkorsett, das ihm hier verordnet ist, ist vor kurzem „zerbrochen". Vor $1/2$ Jahr bemerkte Pat. zuerst, daß ihm das Gehen schwer wurde, er fing mit dem r. Bein zu hinken an. Status: Schwächliches, krankaussehendes Kind, ohne Fieber und ohne nachweisbaren Lungenveränderungen, Urin frei. Im Verlauf der Wirbelsäule besteht im untersten Brust und oberen Lendenteil (vom 9. B. bis 2. L. W.) eine starke Kyphose, links neben dem höchsten Punkte derselben ein taubeneigroßer Absceß. Bei Rückenlage liegt die Lendenwirbelsäule nicht auf, die r. Hüfte steht in leichter Flexion, das rechte Bein kann im Hüftgelenk nicht gestreckt werden. Als Grund für diese Anomalien läßt sich ein großer rechtsseitiger Senkungsabsceß auffinden, Außerdem besteht eine Tuberkulose der 3. r. Zehe. 24./5. 95. Therapie: In Chlf. Nark. Punktion des Abscesses in der r. Beckenhälfte an der r. spin. anter. super Entleerung von 100 cbcm dünnflüssigen, mit weißen Flocken untermischten Eiters Injection von 10 cbcm Jdsgl. Der Effect der Punktion ist insofern sehr evident, als das rechte Bein nunmehr sofort gestreckt werden kann. 18./6. Der Absceß hat sich nicht wieder gefüllt. Temp. normal. Pat. hat sich sehr erholt und steht auf. 27./6. Seitdem Pat. aufsteht, überschreiten die Temperaturdifferenzen zwischen Morgen- und Abendtemperatur die Norm. Absceß nicht nachweisbar. 15./7. Pat. wird nach Hause geholt, da den Eltern die Anlegung eines Korsetts zu lange dauert. Kein Absceß. 28./5. 96. Wiederaufnahme: Der Rücken soll nicht krummer geworden sein. Bei einer inzwischen erfolgten Vorstellung hier wurde wieder ein Senkungsabsceß in der r. Leistenbeuge und unter dem Lig. Poupart sin. am Oberschenkel gefunden. Die Mittelzehe des r.

Fußes im Mittelgliede aufgetrieben, gerötet und mit Fistel. 29./5. Ohne Narkose Punction median von der Spina und unterhalb des lig. Ponpart. Entleerung von 1 Ltr. dünnflüssigen Eiters ohne Knochenbröckel. Injection von 12 cbcm Jdfglcr. 6./6. Unter Schleichscher Lok. Anaesthesie Operation der Mittelzehe lege artis. 20./7. Wunde fast geheilt. Senkungsabsceß nicht wieder entstanden, keine Schmerzen in der Wirbelsäule; mit Holzleimkorsett entlassen. 22./4. 97. Wiederaufnahme: Starker Gibbus. Am medianen Rande des linken Schulterblattes gut gänseeigroßer Absceß, der sich anscheinend noch unter das Schulterblatt erstreckt. Operation in Chlf.-Nark. Incision schräg von oben innen nach unten außen. Große Mengen Eiter entleert. Ein Fistelgang erstreckt sich unter die Skapula, jedoch ist weder in dieser noch in den Rippen ein Herd zu finden. Von der Wirbelsäule ist der Absceß gut 3 Finger breit entfernt. Ausschabung, Ausreiben mit Jodoformbrei, Drainage, Mooskissenverband.

9. **Gang, Carl,** 15 J., Schlosserskind aus Göttingen. Aufnahme: 9./9. 96. Anamnese: Vater kürzlich an Pthisis gestorben. Pat. hat seit seinem 3. Jahre einen Buckel gehabt. Vor 6—7 Wochen stellten sich Schmerzen auf der rechten Seite des Rückens ein Status: Auffallend kleiner Junge, sehr weinerlich und schwächlich. Organe gesund, Urin frei, Temp. 39,1 ⁰ C. Erhebliche Kyphoskoliose. In der rechten Hinterbacke starke Druckempfindlichkeit, daselbst sehr geringe, weiche Anschwellung. 18./9. Therapie: Operat. in Chlf.-Nark. Punktion fast ergebnislos, daher Incision. Man kommt auf einen weit nach oben führenden Gang, der voller Granulationen steckt. Auskratzung, Injection von Jdfglc. E., Temperaturabfall. 1./9. 96. Starke Sekretion. Nach mehreren Fieberattacken, die aber 38,5⁰ C. nicht übersteigen und nach wiederholten Jodoformglycerininjectionen wird Pat. am 8./11. 96 auf Wunsch ohne Schmerzen zur poliklinischen Weiterbehandlung entlassen. Zu Hause starb Pat. an Meningitis.

10. **Garsenik, Albert,** 22. J., Schneider aus Herzberg. Aufnahme: 29./7. 02. Anamnese: Pat. hat seit seiner Jugend starken Buckel infolge tuberk. Wirbelcaries. Seit längerer Zeit bestehen in Höhe des 1. Lendenwirbels zwei spärlich secernierende Fisteln. Seit 14 Tagen angeblich infolge Hebens eines schweren Sackes starke Schmerzen in der linken Seitengegend, so daß er das l. Bein nicht mehr strecken konnte, sondern gebeugt gehen mußte. Status: Starker Gibbus der unteren Brust- und oberen Lendenwirbelsäule. In Höhe des 1. Lendenwirbels zwei Fisteln; die linke führt ca 4 cm schräg nach oben, nicht auf rauhen Knochen. Die rechtsseitige Fistel ist oberflächlich. Linker Oberschenkel in starker Psoasstellung, Streckung nicht möglich. Kein Absceß, keine Recistenz am Oberschenkel, in der Leistenbeuge und im Abdomen fühlbar. 1./8. Therapie: Streckverband. 12./8 Die Fistel links von der Wirbelsäule bricht auf, es entleert sich eine beträchtliche Masse dünnflüssigen Eiters. Die Psoasstellung des l. Beines hört auf, Pat. kann dasselbe völlig strecken. Weglassen des Extensionverbandes. 20./8 Schmerzhaftigkeit unter ständiger Sekretion der Fistel vollkommen verschwunden. Pat. kann wieder in aufrechter Stellung gehen. 26./8. Geheilt entlassen. 9./9. 02. Wiedervorstellung Der Befund bleibt im wesentlichen derselbe. Daneben macht sich über dem lig. Poup. in der linken Leistenbeuge im Verlauf des Ligaments auf die Spina zu eine leichte Vorwölbung bemerkbar, die gering fluctuiert und druckempfindlich ist. Indication für irgend welche operativen Eingriffe liegt nicht vor. Verband über die Fisteln angelegt, entlassen. 25./9. Wiederaufnahme: Starke Vorwölbung und sehr große Druckempfindlichkeit von der Spina her in der Richtung und über die ganze Länge des lig. Poupart. Blaurote Verfärbung der Epidermis über der Geschwulst, Beugung des Beines bis zu 45⁰ möglich, dasselbe kann nicht gestreckt werden. 26./9. Oper. Chlf.-Nark. Incision ca. 5 cm lang über die Geschwulst. Entleerung von viel dickflüssigem Eiter und nekrotischen Fetzen, man dringt mit der Sonde etwa 15 cm nach hinten oben vor; 10 cm unterhalb der ersten Incision wird eine Gegenöffnung gemacht. Ausschabung mit scharfem Löffel, Ausreiben mit Jodoformbrei,

Drainage, Naht, Verband. 30./9. B. W. Entfernung der vereiterten Naht. Oberhalb der Leistenbeuge ist eine hühnereigroße Wundhöhle infolge Nekrose der Haut entstanden. Starke Sekretion. Contrakturstellung des Beines ist seit der Operation verschwunden. Kein Fieber, wenig Schmerzen und Besserung des Allgemeinbefindens. 16./10. Auf Verlangen mit eiternden Fisteln, die drainiert sind, entlassen. Status auf Anfrage: 11./6. 01. Das Allgemeinbefinden ist gut. Die Abscesse sind nicht wieder aufgetreten, die Fisteln sind zugeheilt. Eine Verkrümmung der Wirbelsäule ist nicht aufgetreten, ein Korsett wurde nicht getragen. Es besteht geringer Husten. Pat. ist in Behandlung von Herrn Dr. Richard in Walkenried a. H.

11. **Henkeroth, Anna,** 33 J., Zigarrenmachersfrau aus Eschwege. Aufnahme: 10./2. 96. Anamnese: Pat verspürt seit $^1/_2$ Jahr leicht Ermüdung im Rücken, bei elendem Befinden und einem Vorsprung im Rücken. Status: Elende, mäßig genährte Frau. Innere Organe frei von gröberen Veränderungen. In der Gegend der oberen Lendenwirbel springt ein W. wenig aber deutlich vor. In der rechten Leistenbeuge in und über dem Lig. Poupart. ein großer Absceß. 11./2. Therapie: Punktion ergiebt sehr viel Eiter ohne Knochenbröckel. Jodiglc-Injection 16 g. Bei einer späteren Punktion viel weniger Eiter. 16 g. Jodoformglc. injiciert. 11./3. Anfertigung eines Korsetts. Pat. fühlt sich in demselben bedeutend sicherer. Entlassen. 9./6. 01. Auf Anfrage nirgends zu ermitteln.

12. **Hartmann, Ludwig,** $7^3/_{12}$ J., Wärterssohn aus Göttingen. Aufnahme: 30./9. 97. Anamnese: Seit 1891 hat sich unter ständigen starken Leibschmerzen allmählich ein Buckel gebildet. Früher hatte Patient Blutschwamm am Rücken. Status: Gesund aussehender, gut genährter Knabe. Die Brustwirbel S. zeigt kyphotische Verbiegung, deren Scheitel des 9. und 10. B. W. bilden. Beteiligt sind der 6. bis 12 B. W. Nicht druckempfindlich, Pat. kann allein gehen und stehen. Auf der rechten fossa iliaca ein ausgedehnter Absceß. 1./10 Therapie: Punktion ergiebt 150 cbcm Eiter. Injection von 14 cbcm Jodiglc. E. 9./10. Anfertigung eines Holzbett, damit am 10./10. entlassen. 21./11 Aufnahme zur Herstellung eines Holzleimkorsett und ohne Absceß entlassen. 20./1 98. Status idem. Darnach wurde der Absceß, der sich immer wieder füllte, am 21./1., darauf am 1./3., ferner am 9./3. und am 14./4. punktiert und Jodoformglycerin injiciert und Pat. mit Celluloidkorsett entlassen. 6./8. Wird Pat. wegen einer Tuberkulose des linken Jochbeins aufgenommen. Status: Auf der Höhe des 8. Brustwirbels eine fluctuierende, pflaumengroße, verschiebliche Geschwulst. Am rechten Lig. Poupartie eine deutliche Anschwellung, die sich schräg nach oben verfolgen läßt. 7./8. Behandlung der Jochbeintbc. lege art. 16./8. Zur polilkin. Behandlung entlassen. 16./6. 99. Tb. Absceß am l. Unterschenkel. Der 8. und 12. B. W. Dornfortsatz springt stark vor, am stärksten der 8. und 12. über denen sich ein großer Schleimbeutel findet. Wenig springt auch der 3. L. W. vor. Oberhalb der r. Lig. Poupartii deutliche Resistenzvermehrung. 16./6. Behandlung des Asceß, am 27./6. entlassen.

13. **Hartung, Otto,** 17 J., Kanzleigehülfe aus Benneckenstein a. H. Aufnahme: 6./7. 01. Anamnese: Eltern und Geschwister leben und sind gesund; 2 Geschwister sind in früher Jugend, eins an Brustbräune gestorben. Herbst 1898 wurde ihm poliklinisch wegen linksseitiger Skoliose körperliche Uebung empfohlen. Zu dieser Zeit will er schon ein geringes Vorstehen der L. W.-Dornfortsätze bemerkt haben. Die Kyphose nahm zu. Winter 98/99 lag er wegen heftiger Schmerzen 8 Wochen zu Bett; er konnte aber kleine Strecken gehen, bis Anfang 99 Besserung eintrat. Pfingsten 1900 wurde er im Krankenhaus Elberfeld wegen einer Anschwellung in der rechten Seite operativ behandelt. Es entleerte sich Eiter. Darnach hat er immer wegen secernierender Fisteln Verband getragen, seit 14 Tagen verschlimmerte sich der Zustand durch eine Anschwellung auf der rechten Kreuzbeinhälfte Status: Mittelgroßer Junge von mittlerem

Ernährungszustande. An den Lungen nichts besonderes. Deutliches Vorspringen des Dornfortsatzes der zwei letzten Lendenwirbel. Am rechten Darmbeinkamm im Rücken eine etwa 8 cm lange feste Narbe, welche in der Mitte eine mäßig secernierende Fistelöffnung zeigte. An dem rechten Rande des Kreuzbeins je 2 etwa 5 Mark-Stücke große, fluctuierende kalte Abscesse. Zwischen beiden Abscessen ein etwa 3 cm breiter Gewebsteil. 8./7. Therapie: Operation in Chlf.-Narl. Excision der Fistel am r. hinteren Darmbeinkamm, nachdem Jodoformglycerin injiciert war. Spaltung der beiden Abscesse durch je einen 5 cm langen Längsschnitt. In der Tiefe findet sich Communikation. Die Absceßhöhle liegt im kleinen Becken neben den Mastdarm und dringt durch das foram. ischiad. majus. nach hinten vor. Es werden große Mengen Eiters entleert. Ausschabung, Ausreibung mit Jodoformbrei. Injection von Jdglycerin, Naht, Verband. 15./7. Starke Sekretion. Nähte entfernt. 17./7. Subject. Wohlbefinden. Auf Wunsch wird Pat. mit Verband zur Behandlung durch seinen Hausarzt entlassen. Status auf Anfrage: 17./7. 04. Drei Tage nach der Entlassung brachen die Operationswunden wieder auf und eiterten sehr stark, seit jener Zeit secernieren sie immer fort. Pat. fühlt sich trotzdem sehr wohl, hat sehr guten Appetit und guten Schlaf, verspürt auch keine Ermüdung, selbst bei großen Wanderungen. Seit Ende März 1902 versieht er den Posten eines Expedienten in einem Berliner Engrosgeschäft zur Zufriedenheit seiner Vorgesetzten. Der Gibbus des L. W. S. ist etwas stärker geworden, ein Korsett trägt er nicht, weil das von seinem Arzt Dr. Littbauer vorgeschlagene von der Krankenkasse als zu teuer abgelehnt ist. Pat. ist schon seit einiger Zeit in Behandlung des gen. Arztes. An Husten leidet er nicht.

14. **Henniges, August,** 17. J., Knecht aus Fredelsloh. Aufnahme: 4./6. 02. Anamnese: Pat. kommt wegen einer Fistel in der rechten Seite, die durch Incision eines Abscesses vor einigen Wochen entstanden ist. Aus dem Absceß hatte sich 1 Ltr. Eiter entleert. Der Vater ist an Phthise gestorben, Geschwister hat er nicht. Nach seiner Schulzeit litt er einmal an Pneumonie. Am 31./3. 01. ist er von einem Mistwagen gefallen und unter die Räder gekommen. Zwei Räder sind ihm über das rechte Bein und die rechte Seite längs hinaufgegangen. Er lag 8 Tage im Krankenhaus und 8 Tage zu Hause und klagt seitdem über Rückenschmerzen. Am 1./4. d. J hatte er eine Pneumonie mit Pleuritis, in deren Gefolge der jetzige Zustand sich ausbildete. Bei der Pneumonie kein Blut im Auswurf, viel Schmerzen in der rechten Seite. Jetzt Husten mit Auswurf. Status: Höchst elender, abgemagerter Junge, ziemlich apatisch, Habitus phthisikus. Die rechte Seite beteiligt sich kaum sichtbar an der Atmung, H. R. U. einige Querfinger relative Dämpfung, beiderseits hinten unten reichlich fein- und mittelblasiges Rasseln; keine sonstigen Herdsymptome. Herz gesund. Wirbelsäule ist gerade ohne Gibbus. Die Dornfortsätze des 11. und 12. B. und 1. und 2. L. W. sind stark local druckempfindlich. Haut darüber etwas gerötet infiltriert. Kein Stauchungsschmerz. In der Höhe des Beckenkammes rechts hinten besteht eine Fistel. 9./6. Therapie: Operat. in Chlf.-Narl. Rechts hinten, dem Beckenkamm etwa parallel Incision von ca. 4 cm Länge Aus einer knopfförmigen Oeffnung im Centrum der Incision entleert sich dünner geruchloser Eiter. Die Sonde dringt medianwärts und etwas aufwärts tief ein. Man kommt bald auf rauhen Knochen, anscheinend den Beckenkamm. Die Fistel geht sehr tief, so daß eine totale Spaltung ausgeschlossen ist. Ausschabung das oberflächlichen wie des tiefen Ganges, eine oberflächliche Gegenincision. Drainage, Verband. 1./7. Fisteln haben sich fast geschlossen. Geringe Eiterung. Kräftezustand nimmt ab. Intermittierendes Fieber. 5./7. Auf Wunsch entlassen. Status auf Anfrage: Das Allgemeinbefinden ist gut. Eine Verkrümmung der Wirbelsäule hat sich nicht gebildet. Die Abscesse sind verschwunden, die Fisteln geheilt. Pat. trägt kein Korsett, Husten nur bei Erkältungen. Am 7. März bis 31. März ist er von Dr. Pinter-Edemissen wegen einer nicht angegebenen Krankheit behandelt.

15. **Hundertmark, Heinrich,** 6 J., Zimmermannssohn aus Wellersen

bei Markoldendorf. Aufnahme: 6./1. 97. Anamnese: Weihnachten 96 Beginn mit Schmerzen im Rücken und in den Seiten. Vor 2 Jahren Drüsen am Hals, die von selbst auftraten. Status: Mäßig genährter Knabe, etwas blaß, Hühnerbrust. Wirbelsäule hat noch keine normale Lendenwirbellordose und Brustwirbelkyphose, Rücken flach, Halswirbelsäule steil, ebenfalls noch keine Lordose. Der Nacken, sowie beide Seiten des Halses und die Gegend der ersten B. W. Dornfortsätze sind ödematös geschwollen und druckempfindlich. Keine auffallende Verbiegung, keine Schmerzen, kein Senkungsabsceß. Therapie: Glissonschlinge (5 Pfd.) 13./5. Nach häufigen Fieberattacken heute rechtsseitige Pneumonie, kein Sputum, Puls klein 170—180, Behandlung der Pneumonie, kein Erbrechen. 18./5. Exitus. Sektionsbefund: Caries der Hals- und Brustwirbelsäule (vom 6. H. W. bis 9. B. W. waren die Körper vollständig zerstört). Großer praevertebraler tubc. Absceß mit Perforation in die rechte Pleurahöhle, in den Oesophagus, Lungengangrän, Bronchopneumonien, Thrombose, Pleuritis beiderseits, Tonsillarabsceß rechts, tubc. Nieren, Fettleber, Gastritis.

16. **Jsche, Lina,** 3. J, Arbeiterskind aus Weende. Aufnahme: 6./7. 97. Anamnese: Pat. hat bereits ein Jahr in „Alt Bethlehem"-Göttingen gelegen und ein Korsett getragen. Status: Mageres blasses Kind, ohne Fieber, Lungen und Herz gesund, Urin frei. Gibbus mit zwei Spitzen erstreckt sich vom 9. B. bis zum 2. L. W. Die erste Spitze bildet der Dorn des 9. B. W., die zweite der des 1. L. W. Pat. stützt sich beim Gehen. Unterhalb des l. Lig. Poupart. hühnereigroßer Absceß, ein ebensolcher auf der linken Beckenschaufel, mit dem ersteren kommunicierend. Keine Flexionscontractur im l. Hüftgelenk. 7./7. Therapie: Operation Chlf. Nark. Incision der beiden Abscesse. Aus dem unteren entleeren sich mit tbc. Eiter, zwei kirschgroße Sequenter, Ausschabung, Drainage, Verband. 23. 8. Mit Filzkorsett und geringer Fistel entlassen. 28./2. 98. Wiederaufnahme. Incision eines taubeneigroßen Absceß in der fossa iliaca auf der Darmbeinschaufel. 6./8. Mit Filzkorsett geheilt entlassen. 18./6. 01. Auf Anfrage: Pat. ist im April 1900, angeblich nach ärztlicher Aussage an einer „inneren Entzündung" gestorben.

17. **Klöppner, Philipp,** 30½ J., Vorarbeiter a. d. Eisenbahn aus Helgershausen. Aufnahme: 8./1. 97. Anamnese: Pat. wegen einer Pleuritis vor 1½ Jahren vom 1./8. 95.—2./1. 96. dienstunfähig gewesen. Die Pleuritis wanderte von der linken zur rechten Seite. Seitdem ist Pat. gesund gewesen. Vor 8 Wochen vorübergehend Schmerzen im Rücken, dieselben sind seit 11 Tagen wieder aufgetreten. Am Montag, den 5./1. hat er auf der rechten Seite des Rückens, dem Sitze der früheren Schmerzen, eine Geschwulst bemerkt. Die Eltern leben, sind 64 resp. 58 Jahre alt, beide gesund, wie auch zwei Brüder und eine Schwester des Pat. Status: Kräftig gebauter, gesund aussehender Mann. Erkrankung der Brustorgane nicht nachweisbar. Keine Pleuritis. Rechts hinten unten, neben den Dornfortsätzen des 10., 11., 12. B. W., etwa 1 Finger breit von der Mittellinie entfernt, ist eine rundliche, etwa 8 cm im Durchmesser haltende, flach prominierende Geschwulst. Dieselbe verschwindet fast ganz beim Bücken nach vorn. Druck auf die Mitte dieser fluktuirenden Geschwulst, in der Gegend der 10. Rippe, ist schmerzhaft. 9./1. Therapie: Operation in Morphium-Chlf.-Nark. Schnitt über die Geschwulst schief von innen unten, nach außen oben. Nach Durchtrennung der Muskeln wölbt sich in der Tiefe eine Geschwulst vor, die enorm viel Eiter enthält, der mit dicken Fibrinflocken untermischt ist. Nach Extirpation der Absceßwand (Membran) mit der Scheere kommt man auf einen weiten Fistelgang, der zwischen 11. u. 12. Rippe in eine große Absceßhöhle führt, die auf der Vorderseite der Wirbelsäule gelegen ist, und sich namentlich nach unten zu in den Bereich der Lendenwirbelsäule erstreckt. Der Eiter dieser Höhle ist von groben „Knochensand" untermischt. Mit dem eingeführten Finger, der aber das untere Ende der Höhle nicht erreicht, fühlt man einen kleinen Sequenter, der aber vor dem Finger zurückweicht,

und auch mit Instrumenten nicht wieder zu fassen ist. Ausspülung mit Borsäurelösung. Die 11. Rippe ist rauh, und hat einige seichte Nischen, dieselbe wird in geringem Maße erweitert, da sie nur oberflächlich sekundär erkrankt zu sein scheint. An den Wirbeln ist mit dem Finger nichts Pathologisches zu fühlen. Injection von 16 cbcm einer 10 $^0/_0$igen Jdfgl Lösung und Drainierung der tiefen Absceßhöhle, sowie Einpudern der zwischen der Rückenmuskulatur gelegenen Höhle mit Jodoform. Tiefe Hautmuskelnaht, steriler trockener Verband mit Mooskuchen. Die exstirpierte Absceßmembran weist mikroskopisch Tuberkeln auf. 14./1. B. W. Nähte entfernt, geringe Eiterung, fieberloser Verlauf. 21./1. Eiterung hat aufgehört, Wunde fast geheilt, sieht gut aus Injection von 10 cbcm Jodoformgl. in das Drainrohr, welches gekürzt wird. 6./5. Wiederholung der Injektion. Pat. befindet sich wohl, fieberfrei. 11./5. Eiterung geringer, Drain soweit gekürzt, daß es nicht mehr in das Körperinnere, sondern nur in die oberflächliche Absceßhöhle reicht. 30./5. Einige Temperaturerhöhungen bis 38,0° sind vorgekommen. Pat. heute zum ersten Male aber kurze Zeit außer Bett, sieht blaß aus. 1./6. Einige Temperaturerhöhungen, diesmal bis 38,8°, Pat bleibt deshalb im Bett. Drainierung mit etwas dünnerem, wieder längerem Drain, keine Verhaltung. 8./6. Das Allmeinbefinden ist mit den Fiebererscheinungen schlechter geworden. Pat. sieht blaßgelb aus, Appetit fehlt, immer etwas Husten vorhanden, an den Lungen und Pleura aber nichts Positives. Schmerzen in der Magengegend, Brechreiz und Durchfall. Keine Retention, aber bei tiefem Atmen und starkem Pressen fließt mehr Eiter ab. Fistel geht bis auf die resecierte Rippe, in der Tiefe kein Gang. Vor 8 Tagen Resistenz oberhalb der r. Darmbeinschaufel in der Tiefe des Beckens. Deutlicher Absceß nicht nachweisbar, nicht größer geworden. 21./6. Befinden etwas besser, aber immer leichte Temperaturerhöhungen, Appetit besser, kein Brechen, kein Durchfall, Pat. sieht aber sehr elend aus und klagt über Schmerzen in der Seite am linken Rippenbogen. In der Tiefe der granulierenden Fistel liegt das distale Ende der resecierten 11. Rippe bloß und ist rauh, ohne daß sich ein Sequester gelöst hat. 25./4. Operation in Morphium-Chlorof.-Nark. Spaltung der Fistel und Resection eines fingergliedlangen Stückes der 11. Rippe. Auskratzung der Granulation eines nach unten innen führenden Fistelganges, der hiernach freigelegt wird. Man gelangt auf rauhen Knochen, die rechte Seite des 12. B. W. Körpers, oder seiner näheren Umgebung. Kein Sequester, nur käsige Granulationen. Nach oben zu fühlt der Finger ein glattes, sehr weiches Organ, das sich bei der Atmung verschiebt, welches die obere Fläche des Zwergfells sein muß. Auskratzung, Ausspülung mit Borsäurelösung, Injection von 10 cbcm Jdfglc., Einpudern mit Jodoform. Tiefe Drainage mit dickem Drain, tiefe Hautmuskelnaht, Verband. 5./7. Geringe Besserung, aber Temperaturerhöhung bis 38,0°, starke Eiterung, wenig Schmerzen, besserer Appetit, Spülung mit Suplimatlösung und Injektion von Jdfgler. 14./7. Wiederholung der Injektion. Status idem. 23./7. Starke Eiterung, Gewicht des Pat. 121 Pfund. 6./8. Jodoformglycerininjektion, Gew. 123½ Pfund. 21./8. Starke Sekretion, Injektion, Status idem. 30./9. Starke Eiterung, Pat. klagt viel über Schmerzen in der r. Brustseite oben, positiv nichts, Pat. wird immer schwächer, Schmerzen durch Eisblase gelindert. 23./10. Eiterung geringer, Kräfteverfall ist nicht im Zunehmen, Icterus der Conjunctiva, Leberdämpfung vergrößert, im Bereich derselben Druckschmerz, Appetit gering, zuweilen Uebelkeit, Karlsbadersalz verordnet. 5./11. Starke Eiterung trotz häufiger Injektion, vermehrte Klagen über oben angegebene Schmerzen, deutlicher Kräfteverfall. 21./11. Eiterung nimmt noch zu, Puls beschleunigt, klein, unregelmäßig, Durchfälle durch Opium beseitigt, Urin frei. 22./11. Trotz des elenden Zustandes des Pat. wird in leichter Chloroformnarkose noch einmal versucht, an den Herd heranzukommen. Mit der Sonde gelangt man von der in der Höhe des 10. proc. spin. gelegenen Fistelöffnung bis zum 9. L. W. vor. Längsspaltung über der Sonde. In der Eiterfistel liegen Knochensplitter, die lose am Körper des 2. und 9. Lendenwirbels liegen, Entfer-

nung mit scharfem Löffel, Injektion von Jodglyc., Drainage, Naht, Verband. Pat. nach der Oper. sehr schwach, viel Durst, Puls klein aber regelmäßig. 22./11. Zunehmender Kräfteverfall, Puls flatternd, Campher innerlich und subcutan, brausendes Klystier, doch stirbt Pat. am 23./11., morgens 12½. Sektion ergibt: Tuberculose der unteren L. Wirbelsäule, isoliert von einander, Senkungsabsceß beide Psoas entlang bis zum Oberschenkel, Thrombose beider Schenkelvenen, Embolie der **ateria pulmonalis**.

18. **Kampe, Anna**, 43. J., Steinhauersfrau aus Oellkassen, Kr. Holzminden. Aufnahme: 12./6. 97. Anamnese: Pat. gibt an, das Leiden infolge von Ueberanstrengung im August vorigen Jahres bekommen zu haben, es sei mit Blutspucken begonnen. Im Oktober habe sie dann sehr viel Schmerzen gehabt, habe zu Bett liegen und gelegentlich beim Auswurf Blut spucken müssen. Am 3. d. M. bemerkte sie dann eine hühnereigroße Schwellung an der rechten Seite des Rückens, und hat bis heute sehr viel Schmerzen, so daß sie nicht liegen kann. Status: Elende, schmalgebaute Frau, ohne Fieber, klagt über Schmerzen im Rücken. Wesentliche Verkrümmung der W. S. besteht nicht. Der Dornfortsatz des 2. B. W. ist etwas, der des 3. sehr stark auf Druck empfindlich, ebenso schmerzen der 4., 5. u. 6. Vom Dornfortsatz des 3. B. W. bis in die Höhe des 6. B. W. erstreckt sich eine teigige Schwellung auf der rechten Seite der W. S. In der Höhe des 4. u. 5. Dornfortsatz ist Fluctuation dieser Schwellung vorhanden. Fingerbreit rechts vom Dornfortsatz des 7. B. W. ist eine 1 cm im Durchmesser haltende, mit Borke bedeckte Wunde, keine Fistel. Der Percussionsschall im Bereich der Schwellung gedämpft, im übrigen laut. Atemgeräusch abgeschwächt, keine kartarrhalischen Anzeichen. Herz ohne Befund, Pat. hat viel Husten und ziemlich viel Auswurf. 13./4. Therapie: Punction auf der Höhe der Geschwulst mittels Troicorts. Es entleert sich dünner, mit Fibrinflocken untermischter, blutiggefärbter Eiter. Injektion von 20 cbcm 10 %er Jodglyc., Verband. Temp. abends 38,8°, in den folgenden Tagen, abends 37,8 — 37,5 — 37,6. 17./4. Pat. wird mit Pflasterverband entlassen. 9./6. 01. Auf Anfrage: Pat. gestorben.

19. **Klages, Hermine**, 9. J., Arbeiterstochter aus Helmscherode. Aufnahme: 13./7. 97. Anamnese: Vor einem viertel Jahr bekam Pat. eine Anschwellung links unten im Bauch, von dem bestehenden Buckel hatte man bis dahin nichts bemerkt. Status: Mittelkräftiges Mädchen von gesunder Gesichtsfarbe ohne Fieber. An der Lunge geringe Dämpfung und Rasseln, doch kein Husten. Urin frei. Im linken Hypogastrium straußeneigroße, über die linke Spina **anter. super.** überhängende, fluctuierende Geschwulst. Es besteht ein Gibbus vom 12. B. W. bis zum 5. L. W. Die Spitze desselben bildet der 2. L. W. Keine Flexionscontraktur des Hüftgelenkes. Gang krumm, behindert. 15./8. Therapie: Oper. in Chlf. Nak. Injektion. Viel gelblich weißer Eiter mit Knochensand untermischt. Oberhalb des Lig. Poupart. und der Spina **anter. sup.** führt eine für einen Finger durchgängige Oeffnung in die intraabdominale Absceßhöhle, Borsäureausspülung, Naht, Drainage, Verband. 3./8. Jodoformglycerininjektion. 28./8. Auskratzen der Höhle, die sich nicht schließen will. 29./9. Mit gutsitzendem Leimkorsett auf Wunsch der Eltern entlassen. Es besteht noch eine Fistel. Wiedervorstellung auf Anfrage: 16./6. 04. Hat noch zwei Jahre nach der Entlassung das Korsett getragen. Die Wunde hat sich nach ¼ Jahr geschlossen und es ist kein Absceß wieder aufgetreten. Körperlich gut entwickelt, ziemlich klein, gesund aussehend, subjektiv keine Beschwerden, geringe Steifigkeit der Lendenwirbelsäule, kein Schmerz bei Bewegungen. Es besteht ein flacher Gibbus vom 12. B. — 5. L. W. und rechtsconvexer L. W. Skoliose-Fistel-Narbe unterhalb d. l. Spin. a. s.

20. **Koch, Wilhelm**, 4. J., Tagelöhnerskind aus Günkenburg. Aufnahme: 23./4 02. Anamnese: Seit Herbst vorigen Jahres soll der Junge krank sein und nicht mehr gehen können. Es zeigt sich an der Wirbelsäule

eine buckelartige Verbiegung. Status: Im Bereich des 8.—12. B. W. eine Kyphose, deren Höhe von zwei Wirbeldornfortsätzen gebildet wird. Zwei Finger breit unterhalb dieses Gibbus befindet sich eine, die l. Lumbalgegend einnehmende, gut mannsfaustgroße, deutlich fluctuierende Geschwulst, über welcher die Haut sich leicht gespannt, aber nicht gerötet zeigt. Das l. Bein wird in horizontaler Lage des Körpers in einen Winkel von ca. 145⁰ flectiert gehalten. Gewaltsame Streckung jedoch möglich, ohne daß compleſatorische Lordose auftritt. Abdomen stark aufgetrieben, linksseitig besteht über dem Lig. Poupart. eine deutliche fluctuierende Schwellung, Psoasabsceß. 24./4 Therapie: Punktion des Absceß am Rücken mittels Troicart und Entleerung von 80 cbcm dickflüssigen Eiters. Injektion von 10 cbcm Jodoglyc. 5./5. Absceß hat sich an alter Stelle in gleicher Stärke angesammelt. 9./5. Punktion. Entleerung von 200 cbcm Eiter. 11./5. Entlassen. 20./6. Wiedervorstellung auf Anfrage: Allgemeinbefinden gut, kein Fieber, kein Husten. Starker Gibbus der B. W. S. von ca. 120⁰, dessen Scheitel vom 10. und 11. B. W. gebildet wird, geringe rechtskonvexe Skoliose. Schlag auf den Kopf nicht schmerzhaft, nirgends Druckempfindlichkeit der W. S. Rechts Leistenhernie, keine Senkungen unterhalb des Poup. Bandes. Pat. hat **kein Korsett** getragen.

21. **Krengel, Anna,** 18. J., Landwirtstochter aus Lutterhausen. Aufnahme: 31./5. 00. Anamnese: Pat. gibt an, daß sich vor 2 Jahren hinten an der Wirbelsäule eine kleine harte Hervorwölbung bildete, die allmählich zu einem Höcker wuchs. Seit Weihnachten konnte sie nicht mehr gehen, ja selbst die Beine nicht mehr heben. Status: In der Höhe des 5. u. 7. B. W. befindet sich eine spitzwinklige stark hervorspringende Kyphose, die auf Druck empfindlich ist. Im Rücken keinerlei Senkungsherde. Beide Beine vollständig gelähmt. Sensibilität für feine Nadelstiche stark herabgesetzt; stärkere werden empfunden. Am Abdomen ist die Sensibilität stärker beeinträchtigt, und erst fingerbreit unterhalb des Nabels wird sie deutlicher. Husten ist nicht vorhanden. Patellarreflexe erhöht. Fußklonus stark. Bauchdeckenreflex fehlt vollständig. In den Beinen entstehen dann und wann, besonders bei Berührung, Krämpfe. 2./4. Therapie: Operation in Chlf.-Nark. Linke Seitenlage. Der Gibbus wird mit einem großen Hautlappen umschnitten, dessen Basis links von der W. S. gelegen ist, dessen convexe Kuppe rechts ungefähr in der Höhe der Querfortsätze liegt. Der Hautlappen wird bei Seite geklappt und nach Längsschnitt auf die proc. spin. des 5., 6. u. 7. B. W werden die Muskeln und Bänder mit Raspator vom Knochen abgehoben, sodaß im Bereich dieser 3 Wirbel die Wirbelbögen freiliegen. Die pro. spin. werden mit Knochenzange abgehoben und mit der Hohlmeißelzange unter sorgfältiger Schonung der Dura der Wirbelkanal in der ganzen Ausdehnung der 3 Wirbel freigelegt. Rückenmark erscheint abgeplattet, aber ein Absceß wird nicht gefunden. Jodoformgazestreifentamponade, 3 Catgutmuskelnähte, Hautnaht, Verband. 5./6. Keine Temperaturerhöhung, Puls 88. Befinden sehr gut. 8./6. Erster V. W. Wunde fast geheilt. Drainage u. Nähte entfernt, asept. Verband. 12./6. Zweiter V. W. Prima Intentio. Pat. wird in Streckverband gelegt. 15./6. Heute wird zum ersten Male bemerkt, daß Pat. die Zehen bewegen kann und zwar rechts besser wie links. 21./6. Pat. kann die Beine etwa 5 cm hoch heben, das Knie etwas beugen, und das Bein ad- und abduzieren. 26./6. Die Beweglichkeit in den Beinen hat zugenommen, hebt dieselben etwa 15 cm. Krämpfe haben bedeutend nachgelassen. 13./9. Beträchtliche Besserung. Hebt die Beine ca. $^1/_2$ m von der Unterlage. Reflexe noch stark gesteigert. Pat. hat ein Gehbänkchen erhalten, das auf Rollen steht. Sie kann sich mit demselben langsam fortbewegen. Die Wunde ist fest vernarbt und unempfindlich, entlassen. 3./2 02. Wiederaufnahme: Im Januar 1901 konnte sie ein wenig gehen, mußte dann wieder einige Zeit zu Bett liegen. Im September 01 konnte sie dann gut gehen. Es wurde immer besser, jetzt ist sie 6 Stunden am Tage außer Bett, in der Wirtschaft tätig und kann etwa 10 Minuten lang gehen.

Der Rücken schmerzt sie öfter, auch kommen zuweilen Zuckungen, die aber gering sind. Das linke Bein ist etwas schwächer als das rechte. Appetit gut. Stuhlgang regelmäßig, der Buckel hat etwas zugenommen. Status: Pat. sieht sehr wohl aus, geht sehr gut ohne Stock. Im Bereich der Operationsstelle befindet sich ein ziemlich erheblicher runder, nicht spitzwinkliger Buckel. Sensibilität in den Beinen normal. Petellarreflexe stark erhöht, starker Fußklonus beiderseits. Bauchdeckenreflexe normal. Der Gang ist leicht schwankend. Körpergröße 141 cm. 10./2. Da die Wirbelsäule fest, gegen Stoß nicht empfindlich ist, wird Pat. ohne Korsett entlassen. Status auf Anfrage: 11./7. 04. Das Allgemeinbefinden der Pat. ist gut. Die Krümmung der Wirbelsäule besteht nach wie vor, sie trägt ständig ein Korsett. Die Operationswunde ist fest verheilt. Pat. hat keinen Husten und hat bislang keinen Arzt zu Rate ziehen brauchen.

22. **Lippmann, Fritz,** 37 J., Landwirt aus Bonstorf b. Hameln. Aufnahme: 6./1. 97. Anamnese: Eltern beide an Brustkrankheiten gestorben. Geschwister leben und sind gesund. Pat. bisher gesund, bekam vor 5 Wochen Schüttelfrost. Darauf Schmerzen im Rücken und allmählige Bildung einer Anschwellung daselbst. Status: Großer kräftiger Mann. Innere Organe nicht nachweisbar erkrankt. Am Rücken unten zwischen den Schulterblättern eine flache Fünfpfennig-Stück große Anschwellung unter der Haut. Keine Fluctuation, sondern weiches, teigiges Gefühl. 7./1. Therapie: Oper. in Chlf.-Nark. Incision. Entfernung der Fungusmasse. Weit im Gesunden kommt man in der Tiefe auf den proc. spin. des 7. B. W. Kleine, erbsengroße Sequester werden entfernt. Die Spina wird reseciert, Jodoformglycerininjektion, Naht, Verband. 15./1. Wunde sieht gut aus, keine Eiterung. Es besteht geringer Auswurf, die rechte Spitze erscheint suspect, geringe Schalldämpfung; doch fällt die etwas emporgeschnellte Temp. wieder ab. 28./1. Geringe Sekretion, entlassen. Ende März vollständige Heilung. 12./6. 04. Status auf Anfrage: Gesundheitszustand normal, zuweilen bei Ueberanstrengung Rückenschmerzen. Die Operationswunde fest verheilt, es besteht nirgends ein Abfceß. Es wird kein Korsett getragen, auch hat sich kein Gibbus eingestellt. Husten ist selten, ein Arzt wurde inzwischen nicht konsultiert.

23. **Loeb, Levi,** 22 J., Kaufmann aus Wrexen in Waldeck. Aufnahme: 20./9. 98. Anamnese: Vater an Lungen- und Rippenfellentzündung gestorben. Patient sonst gesund gewesen, vor 14 Tagen konsultierte er einen Arzt, wegen heftiger Schmerzen links im Rücken. Derselbe konstatierte dort eine Anschwellung. Status: Mittelgroßer, mäßig genährter, blasser junger Mann. Lungen und Herz gesund. Links von der unteren Brust- und den oberen Teil der L. W. S. weiche, flache, zum Teil fluctuierende Anschwellung, welche auf Druck empfindlich ist. Temp. 38,0°. Wirbelsäule zeigt nichts abnormes. 21./9. Therapie: Oper. in Morphium-Chlf.-Nark. Längsschnitt über die Anschwellung 3 Querfingerbreit von der Wirbelsäule. Unter der tiefen Rückenmuskulatur kommt man schließlich auf einen Abfceß, aus dem sich viel Eiter entleert. Von der Abfceßhöhle aus gelangt man medianwärts auf zwei freiliegende Querfortsätze der unteren Brust oder oberen L. W. S., deren oberer bei Bewegungen abbricht, aber flächenhaft verwachsen ist. Auskratzen des Herdes mit scharfem Löffel, Ausreibung mit Jodoformbrei und Ausspülung mit Borlösung, Drainage, Muskelcatgutnaht, Hautseidennaht, Verband. 26./9. V. W. Eiterung aus sämtlichen Stichkanälen, wie aus der Tiefe, Drain bleibt, Borsalbenverband. 12./10. Drain fortgelassen, Wunde secerniert reichlich und granuliert lebhaft. 17./10. Operation in Chlf.-Nark., Abschabung der Granulationen, Anfrischung der Wundränder, Sekundärnaht, Drain in die auf den Knochen führende Fistel, Verband. 24./10. Nähte entfernt, reactionsloser Wundverlauf, Wunde der Hauptsache nach geheilt. 4./11. Wunde bis auf ganz kleine granulierende Punkte verheilt, entlassen. 10./6. 04. Auf Anfrage: Das Allgemeinbefinden ist sehr gut. Der Abfceß ist ausgeheilt, die Wirbelsäule ist gerade geblieben, ohne daß ein Korsett getragen wurde.

Es besteht kein Husten. Pat. ist seit der Operation nicht wieder ärztlich behandelt.

24. **Luther, Rudolf,** 12 J., Schuhmacherssohn aus Rinteln a. d. W. Aufnahme: 20./9. 95. Anamnese: Hat seit längerer Zeit, etwa einem Jahr Schwäche und Schmerzen im Rücken gehabt. Vor kurzem ist dann von den Eltern ein Vorsprung im Verlauf der Rückenwirbel bemerkt worden. Status: Gesund aussehender, mittel genährter Junge. Innere Organe gesund, im Urin kein Eiweiß. Patient klagt über Schmerzen im Rücken. Bei Betrachtung der W. S. fällt ein leichter buckelartiger Vorsprung des 12. B. W.-Dornfortsatzes auf. Unterhalb ist die W. S. leicht lordotisch gebogen. Bei Bewegungen wird das mittlere Stück der W. S vollständig fixiert gehalten. Seitliche Verbiegungen fehlen. Der Gang ist gut, der Oberkörper wird dabei etwas nach hinten geworfen. Keine Abscesse. Therapie: Rückenlage auf Spreukissen unter dem prominenten Wirbel. 1./10. Die Prominenz des erkrankten Wirbels ist auffällig zurückgegangen; nachdem der Junge einige Zeit gestanden hat, wird dieselbe allerdings wieder etwas stärker. 24./10. Status idem. Pat. wird mit gutsitzendem Filzkorsett entlassen. 28./10. 96. Wiederaufnahme: Pat. hat das Korsett ein ganzes Jahr getragen, dasselbe ist weich und schadhaft geworden. Der 12. B. W. springt ziemlich eklatant vor. Unterhalb desselben Lordose. Pat. bückt sich mit schief gehaltener W. S. Keine Druckempfindlichkeit, kein Senkungsabsceß, kein Fieber. Lungen und Herz gesund, Urin frei. Keine anderweitige Tuberkulose. 6./11. Pat. wird mit sehr gut sitzendem Holzleimkorsett entlassen. 22./1. 00. Pat. trägt ein von Dr. Herold-Bückeburg verordnetes Korsett. Vor $1^1/_2$ Jahren hatte er eine weiche Geschwulst am l. Oberschenkel an der Innenseite. Dieselbe ist 5 Mal punktiert und Eiter entleert, auch soll ihm der gen. Arzt eine gelbliche Flüssigkeit injiziert haben. Nach Abnahme des mit einem Jurymaste versehenen, dem Knaben gutsitzenden, aber etwas schwerem Korsett zeigt sich eine stark spitzwinklige prominente Kyphose der B. W. S., deren Scheitel vom 11. u. 12. B. W. gebildet wird, der Knabe steht mit mächtig vorgestrecktem Becken und eingesunkenem Bauch. An der Innenseite des r. Oberschenkels ca. 3 Finger breit von der Leistenfalte ein gut kindskopfgroßer, von schlaffer Haut bedeckter fluctuierender Tumor. 24./1. Unter Kälteanaesthesie Punktion mittels Troicart. Entleerung von 450 cbcm einer dünnflüssigen, leicht getrübten, gelblichen Flüssigkeit. Injection von 25 cbcm Jdfglcr. bei Beckenhochlage. Bettruhe. 29./1. Absceß hat sich in fast gleicher Größe wieder gesammelt. 16./2. Operation in Chlf.-Nark. Incision und Entleerung von reichlichem dünnflüssigen, von vielen Membranen und Knochenpartikelchen durchsetzten Eiters. Injection von 25 cbcm Jdfglcr. bei Beckenhochlage, Naht, Verband. 26./2. Nähte entfernt Langsame Wiederansammlung nachweisbar, auf 3 Wochen entlassen. 9./10 Wiederaufnahme. Feste Vernarbung. Kein Absceß. Im übrigen Status idem. Leichter Stauchungsschmerz. Pat. wohlauf. 23./10. Mit Celluloidkorsett und Armstützen entlassen. 21./1. 01. Senkungsabsceß am r. Oberschenkel apfelsinengroß, daneben Status einer linksseitigen Handgelenkstuberkulose. 23./1. Oper. in Chlf.-Nark. Spaltung des Senkungsabscesses und Inject. von 20 cbcm Jdglc. Behandlung der Handgelenkstuberkulose lege artis. 3./2. Entlassen. 24./9. 02. Wiederaufnahme: Seit $^1/_2$ Jahr Fistel am r. Oberschenkel an der Operationsstelle, geringe Sekretion. Unter dem Gibbus ein kleiner Absceß. Das l. Handgelenk ist vollständig geheilt. 26./11. Punktion des Absceß, Entleerung von 10 cbcm dicken, rahmigen Eiters. Injection von 5 cbcm Jdfglc., mit einem Korsett am 30./11. entlassen. 15./12. Wiederaufnahme wegen erneuter Eiteransammlung am Gibbus. 17./12. Operation. Leichte Narkose, Incision, Entleerung von sehr viel Eiter aus größerer Tiefe. Ausschabung, kein rauher Knochen, Ausreiben mit Jodoformbrei, Naht, Drainage, Verband. 23./2. entlassen. Pat. erhält ein Lederkorsett. Links besteht deutlicher Hochstand des **Troch. major.** (Spontan luxation) und trägt der Junge eine hohe Sohle links. Mit Hessingschem Korsett und Stützapparat entlassen. 18./6. 04. Status auf Anfrage: Der All-

gemeinzustand ist nicht zufriedenstellend, der Absceß am r. Oberschenkel hat sich wieder gebildet. Der Gibbus ist stärker geworden, trotzdem das Korsett getragen wird. Husten besteht nicht, aber zuweilen treten Beklemmungen und Magenbeschwerden ein. Pat. wird von Sanitätsrat Dr. Koch Rinteln behandelt.

25. **Mügge, Alwine,** 8 J., Maurermeisterstochter aus Osterode a. H. Aufnahme: 3./12. 95 Anamnese: Mitte September 1894 bekam sie durch Sprung von einer hohen Mauer Schmerzen in der Wirbelsäule. War unfähig nach Hause zu gehen; darauf vorübergehende Besserung. Ende November 94 fiel sie rücklings auf den Schulhof, klagte über Schmerzen meist rechts. Am 28./12. 94 war sie in der Poliklinik vorstellig. Status: Brust W. S. in flachem Bogen gekrümmt, kein Gibbus. W. S. beweglich, wenn auch nicht normal, kein Congestionsabsceß. 19./2. Status idem. 25./5. Der 10. und weniger der 7. Brustwirbeldornfortsatz druckempfindlich. Außerdem besteht eine Skoliose. Therapie: Korsett. 17./9. Gibbus des 10. B. W. mit seitlicher Abweichung. Kein Congestionsabsceß. 3./12. Status: Gut entwickeltes, ziemlich kräftiges Mädchen. Organe zeigen keine Erkrankung. Urin frei, kein Fieber, Pat. kann nicht ohne Unterstützung gehen, kann sich nicht nach vorn, nur wenig seitlich bücken. B. W. bildet einen flachen, nach rechts convexen Bogen. Ueber dem 12. B. W. D.-Fortsatz die Haut gerötet. Keine Lähmungserscheinungen. Ueber dem Lig. Poupartii im gr. Becken rechts ein kindskopfgroßer Tumor von undeutlicher Fluctuation. 4./12. Therapie: Oper. in Chlf.-Nark. Punction des Tumors oberhalb des Lig. Poup., ca. 150 cbcm Eiter, 15 g Jodoformglyzerin injiciert. 4./1. 96. Mit Korsett entlassen. 15./4. Wiederaufnahme wegen Absceß oberhalb der rechten Darmbeinschaufel, auch über dem Lig. Poup. Tumor. Kein Fieber. Urin frei. W. S.-Befund derselbe. 16./6. Punction des Tumor ergebnislos. Keine Jodoformglyzerininjektion. Pat. bekommt ein neues Filz- und ein Holzleimkorsett; entlassen. 10./6. 01. Status auf Anfrage: Der Gesundheitszustand ist ganz gut. Der Absceß ist wahrscheinlich resorbiert, aber die Wirbelsäule hat sich verkrümmt. Kein Husten. Ein Arzt wurde nicht gebraucht.

26. **Müller, Anna,** 12 J., Landwirtstochter aus Tossens, Amt Jever. Aufnahme: 19./5. 96. Anamnese: Angeblich gesundes Kind, bekam nach dem 6. Jahre ohne nachweisbaren Grund Schmerzen im Rücken und an der Seite (Diagnose: Pleuritis.) Vor 3 Jahren zuerst Verkrümmung der W. S. bemerkt; daran schloß sich Lähmung der Beine, der Blase und des Mastdarms. Mußte zu Bett liegen. August 95 mit Gipskorsett im Bett sitzen. Gefühl und Bewegung kehrte zurück. Seit 2 Jahren Schmerzen verschwunden, aber Anschwellung am r. Oberschenkel. Status: Mageres Kind, ohne Fieber, Lungenschall nicht gedämpft, hinten rechts rauhes Knarren, Herz vergrößert, Töne rein. Submaxillardrüsen geschwollen. — Sehr starker Gibbus vom 1.—10. W. der B. W. S, leichte Skoliose nach links convex. L. W. S. lordotisch, Kreuzbein kyphotisch. Urin frei, geht wie der Stuhl unwillkürlich ab. Absceß unter dem Tensor fasciae latae. Bewegungen der Beine sind aktiv nur sehr gering, passiv ziemlich gut möglich. Sensibilität herabgesetzt, Pat. localisiert falsch. 21./5. Therapie: Oper. Localanaesthesie mit Chloraethyl. Absceß punctiert, es entleert sich 105 cbcm Eiter. Injektion von 12 cbcm 20 %iger Jodoformglycerinemulsion. 11./6. Fieberloser Verlauf. Lähmungen bestehen noch. Decubitus am linken Hüftbeinkamm. Wiederholung der Punction und Injektion von 16 cbcm einer 10 %igen Jodoformglycerinemulsion. 26./6. Geheilt, mit Holzleimkorsett entlassen. Status auf Anfrage: 11./6. Der allgemeine Gesundheitszustand ist gut. Die Beine sind nicht mehr gelähmt, doch kann Pat. nicht gehen. Die Eiteransammlung heilte sehr schnell aus. Nach etwa 2 Jahren brach der Absceß wieder an 5 Stellen durch, und es entleerten sich viele kleine Knochenteilchen mit dem Eiter. Dann schlossen sich die Fisteln wieder von selbst. Die Krümmung der W. S. ist etwas stärker geworden. Ein Korsett wird nicht ge-

tragen, es besteht kein Husten. Während der letzten Eiterung ist sie etwa $^1/_2$ Jahr in Behandlung eines Arztes gewesen.

27. **Mühlmeier, Paul**, 22. J., Kutscher aus Schönemark b. Detmold. Aufnahme: 2./7. 98. Anamnese: Pat. will aus gesunder Familie stammen und ist bis März vorigen Jahres immer gesund gewesen. Zu dieser Zeit, wo er beim Militär war, erkrankte er an einer Tuberkulose der linken Ferse, sowie später an multiplen tubc. Herden am Rücken und in der Seite. Dieselben wurden im Militärlazarett behandelt. Status: Mittelgroßer, magerer, blaß aussehender Mann. Brustorgane normal. Links drei Querfinger breit von der W. S. entfernt eine 8 cm lange, gut verheilte Narbe im Bereich der unteren Brustwirbel. Rechts 2 Querfinger vom Dornfortsatz des 9. B. W. eine kleine noch secernierende Fistel. Daneben Knochentub. des linken Calcaneus und der linken 8. Rippe, sowie mehre Weichteiltuberkulosen an der Hinterseite des linken Oberschenkels. 5./7. Therapie: Oper. Chlf.-Nark. Behandlung der Tuberc. des Calcaneus, der Rippe und der Weichteiltuberkulosen lege artis. Auf sie erstreckt sich die Hauptbemühung der Therapie. Daneben greift die Behandlung der Wirbelsäulentbc. Platz am 12./7. Die Fistel von der W. S. beginnt stark zu secernieren. 2./8. Oper. in Morphium-Chlf.-Nark. Mit der Sonde gelangt man von dieser Fistel aus bis zu den oberen Brustwirbeln. Bei der Spaltung der Fistel gelangt man auf einen kleinen Herd in der Musculatur, in dem ein kleines verkästes Knochenstück steckt. Bei weiterer Spaltung der Fistel führt dieselbe auf einen verkästen proc. spin. der oberen Brustwirbelsäule. Derselbe wird mit der Knochenzange abgekniffen. Auskratzung der ganzen Fistel, Ausreibung mit Jodoformbrei, Ausspülung mit Suplimatlösung, hohe Drainage bis an den erkrankten Wirbel, Naht, Verband. 8./8. V. W. Draineiterung, Wunde secerniert wenig, Nähte entfernt. 12./10. Wunde am Rücken mit Jodoformcalomel bestreut. 23./10. Pat. klagt über Husten. Mikroskopische Untersuchung des Sputum auf Tb.-Bacillen negativ. 21./11. Unter der fast verheilten Rückenwunde hat sich ein neuer kleiner Absceß gebildet, der sich spontan entleert. 24./11. Pat. auf 4 Wochen entlassen. 30./1. Wiederaufnahme: Fuß und übrigen Tuberkulosen sind vollständig geheilt. Am Rücken besteht ein etwa 6 cm langer granulierender Hautdefect, dessen größte Breite 3 cm beträgt. Man gelangt mit einer Sonde nicht auf rauhen Knochen. Operation in Chlf.-Nark. Wundfläche wird ausgiebig ausgeschabt, die Knochen sind überall von Periost bedeckt. Drainage, Naht, Verband. 4./2. Reactionsloser Verlauf. 14./2. Nur noch kleine Granulationsstellen. Pat. geheilt entlassen. 11./6. 04. Auf Anfrage: Pat. verstorben.

28. **Riedt, Louise**, 8 J., Ingenieurstochter aus Wilhelmshaven. Aufnahme: 3./2. 98. Anamnese: Das Leiden des Kindes begann nach Angabe der Mutter vor 3 Jahren mit einer kleinen Wirbelsäulenverkrümmung, die allmählich zunahm. Pat. wurde lange Zeit orthopädisch z. T. mit gutem Erfolge behandelt; es sei nur eine geringe Verkrümmung in der Lendengegend zurückgeblieben. Vor 3 Wochen habe sich oberhalb dieser Verkrümmung eine neue Anschwellung gebildet. Status: Mittelgenährtes, gut entwickeltes Kind; innere Organe gesund. Rechts vom Dornfortsatz des 9. B. W. bis zum 12. B. W. hinab liegt eine weiche fluctuierende Schwellung, sie reicht 5 cm nach rechts. Der proc. spin. des 11. u. 12. B. W. ist druckempfindlich, die proc. spin. des 2. u. 3. L. W. bilden kleine spitzwinklige Kyphose. 4./2. Therapie: Oper. in Chlf.-Nark. Incision über der fluctuierenden Stelle etwa 12 cm lang. Auskratzen des Absceß und Anreiben mit Jodoform. Naht, Drainage, Verband. 9./2. Heilung per prim. int. Nähte entfernt. 19./2. Geheilt entlassen. 9./6. Wiederaufnahme wegen einer kleinen wenig secernierenden Fistel. 15./6. Pat. wird mit noch bestehender Fistel entlassen. 27./7. Nach Angabe der Mutter ist die Fistel geschlossen. 14./11. Wiederaufnahme. Die Fistel ist geschlossen, der Gibbus dagegen etwa Wallnuß groß geworden. Pat. wird am 21./11. mit Gipskorsett entlassen. Status: Auf Anfrage. 10./6. 01. Das Allgemeinbefindrn ist gut.

Seit 6 Monaten ist die Fistel wieder aufgebrochen und secerniert von Zeit zu Zeit schwach. Pat. trägt ein Korsett, der Gibbus ist nicht stärker geworden. Pat. hat keinen Husten und befindet sich in ärztlicher Behandlung.

29. **N., Otto,** 14 J., aus Rinteln. Aufnahme: 11./7. 95. Anamnese: Von seiten seines Vaters hereditär belastet ist Pat. nie besonders kräftig gewesen. Seit Frühjahr dieses Jahres will die Mutter zuerst einen Buckel in der Kreuzgegend bemerkt haben; zu gleicher Zeit bekam der Knabe Schmerz in seinen beiden Lenden, der nach abwärts strahlte, ohne ihn jedoch beim Stehen und Gehen zu hindern. Status: Relativ großer, blasser, magerer Knabe, der im Gebiet der unteren Brust und oberen L. W. S. einen starken Gibbus hat; beteiligt sind der 10.—12., B. und 1.—2. L. W., den Scheitel des Gibbus bildet der Dorn des 12. B. W. Die Haut darüber gerötet. Druck auf den Kopf nicht empfindlich. Störung von seiten der Blase, des Mastdarms und der Extremitäten nicht vorhanden. Auf beiden Seiten des unteren Bauchabschnitt zwei große, auf Druck empfindliche Senkungsabscesse. Innere Organe zeigen keinen pathol. Befund. 12./7. Therapie: Oper. in Chlf.-Nark. Punction beider Abscesse mit dicken Troicart, dicht neben der **spin. ant. sup. ossis ilei.** Viel Eiter und Fibringerinsel mit Kalk untermischt. Injektion von im ganzen 30 **cbcm** Jodsglc., Pflasterverband. Während des klinischen Aufenthalts bis zum 19./8. hat sich kein Absceß wieder gebildet: mit Filzkorsett entlassen. 5./7. 1900. Wiederaufnahme. Gibbus stärker geworden, reicht vom 8. B. W. bis 2 L. W. Pat. befand sich bis Mai 1899 wohl. In Bückeburg wurde dann ein Absceß neben der W. S. punctiert, dasselbe wurde Oktober 99 wiederholt und Jodoformglycerin injiciert. Pat. bekam ein Gipskorsett. Seit ca. 1 Monat bemerkt er doppelseitige Schwellung über den Lig. Poupart; geringe Atembeklemmungen; kein Husten oder Auswurf. Absceß zu beiden Seiten der Kyphose, der mit den Beckenabscessen communiciert. 6./7. Punction des l. Senkungsabsceß. 500 **cbcm** Eiter entleert. 25 **cbcm** Jdsglc. injiciert. 13./7. Punction des r. Absceß in der L.-Gegend. 900 **cbcm** Eiter entleert. 25 **cbcm** Jdsglc. injiciert. 14.—15./8. Temp. 38,5°. 18./7. Pat. fühlt sich wohl und wird mit Celluloidkorsett mit Armstützhaltern entlassen. 17./7. 01. Wiederaufnahme. Korsett zu klein geworden. Kyphose hat etwas zugenommen. Doppelseitiger Beckenabsceß und Communication mit neuer Schwellung der Lendengegend zu beiden Seiten der Kyphose nachweisbar. 19./7. Punction beider Abscesse. Es werden entleert r. 550, l. 420 **cbcm** milchigen Eiters. Injektion von Jodoformglycerin. R. 13 L. 12 **cbcm.** 12./9. Mit neuem Celluloidkorsett entlassen, zu dem Pat. am 23./7. ein Modell abgenommen war; inzwischen war Pat. zu Hause. 3./2. 02. Wiederaufnahme. In letzter Zeit ist der Leib dicker geworden und seit 5 Wochen hat Pat. geschwollene Füße. Pat. sieht elend aus, Oedem an beiden Beinen, viel Eiweiß im Urin. Auf beiden Seiten im Leib großer Absceß oberhalb des Lig. Poupart bis an die Rippenbogen, links von der W. S. im Rücken ebenfalls ein Absceß, der mit ersterem communiciert. 4./2. Die Leber steht fingerbreit unterhalb des Rippenbogens. Milz zu percutieren, aber nicht zu fühlen. Sowohl der vordere wie der hintere Absceß links werden unter Lokalanaesthesie punctiert, 1 Liter rahmiger mit Fibringerinsel untermischter Eiter entleert. Injektion von 50 **cbcm** Jdsglc. 15./2. Es hat sich Oedem im Rücken eingestellt, ferner Skrotum und Penis ödematös geschwollen, daneben freier Flüssigkeitserguß in den Bauch. Punction mittelst Troicarts unter Localanaesthesie auf der rechten Seite. 1 Liter Eiter entleert. 25 **cbcm** Jdsglc. injiciert. 19./2. Fieberloser Verlauf, Oedem zurückgegangen, entlassen. 27./6. 04. Wiedervorstellung, auf Anfrage: Allgemeinbefinden ziemlich gut. Nach 15 Minuten stellen sich beim Gehen Schmerzen im Gibbus, der etwas stärker geworden ist, ein. Die Senkungen im Becken sind vollkommen ausgeheilt, jedoch hat sich eine fluctuierende Schwellung an der Innenseite des rechten Oberschenkels gebildet. Pat. trägt ein Aluminiumkorsett (Gewicht 1 kg, Wert 150 Mk.) Kein Husten oder Auswurf. Eine Ostern ausgeführte Punction auf den Beckenabsceß rechts

blieb erfolglos. Heute Punction am Oberschenkel unter Localanaesthesie. 225 cbcm dünnflüssigen Eiters entleert. Injektion von 10 cbcm Jodsglc. Entlassen.

30. **Oppermann, Wilhelm,** $5^1/_2$ J., Maurerskind aus Eisdorf bei Osterode a. Harz. Aufnahme: 19./4. 98. Anamnese: Knabe sonst gesund gewesen. Vor 4 Wochen haben die Eltern hinkenden Gang bei ihm bemerkt. Er klagte zuweilen über Schmerzen in der Hüfte. Vor 15 Tagen ist ihm klinische Behandlung empfohlen. Eltern und Geschwister gesund. Status: Blasser, mittelgut genährter Knabe. Derselbe liegt auf der Unterlage mit abducierten, nach außen rotierten und flectiertem l. Bein. Oberhalb des Lig. Poupartii links, von der spin. ant. super. bis zur Symphyse reichend eine eiförmige, fluctuierende Geschwulst, die sich gut tastbar bis in den Bauch verfolgen läßt. Leistendrüsen links mäßig geschwollen, ebenso am Kieferwinkel verdickte Drüsen. Linke Hüfte ganz frei. Pat. fixiert beim Bücken die Wirbel-S. und geht in Kniebeuge. An der sonst fast gestreckten W.-S. springt der Dorn des 4. L. W. und diejenigen der unteren B. W. mehr vor als gewöhnlich. Druckempfindlichkeit besteht nicht, Herz und Lungen gesund. Urin frei. Am linken Unterarm tub. Weichteilabsceß. 20./4. Therapie: Oper. in Chlf.-Nark. Behdlg. des Weichteilsabscesses lege artis. Nach sorgfältiger Desinfection Einstich mit dickem Troicar, 2 cm nach innen unten von der spin. ant sup. sin. Aspiration von ca. 150 cbcm dicken Eiters, der zahllose Knochenbröckel und Knochenbälkchen enthält. Injektion von 30 cbcm 10 %iger Jdsglc.-Lösung. Verband. 27./4. Fieberloser Verlauf. Einstichöffnung verheilt, Absceß noch vorhanden. 3./5. Es sammelt sich viel Eiter im Senkungsabsceß. Befinden gut. 22./5. Nachdem es anfangs schien, als ob der Absceß sich von neuem sammeln wollte, ist jetzt nur noch eine feste Resistenz neben der spin. sup. ant. sin. zu fühlen. 4./6. Entlassung mit Lorenzschem Gipsbett, von den Waden bis zum Scheitel reichend. Absceß ganz verschwunden. 12./10. Heilerfolg gut. Kyphose unverändert, nicht druckempfindlich, kein Absceß. Soll täglich das Gipsbett noch einige Stunden benutzen.

31. **Otto, Carl,** $5^1/_2$ J., Wagenmeisterssohn aus Northeim. Aufnahme: 17./5. 98. Anamnese: Vor 3 Jahren ist Pat. 6 Wochen lang im Krankenhause zu Münster behandelt und von dort mit Gipskorsett entlassen, das er bis vor kurzem getragen hat. Seit Sonnabend soll es am Bein dick geworden sein. Kinderkrankheiten hat er keine durchgemacht, Eltern und Geschwister sind gesund. Status: Gut genährter Junge, unter beiden Kieferwinkeln geschwollene Drüsen. Keine Oedeme. Pectus carinatum mit Knickung des Brustbeins. Abdomen gespannt. Oberhalb des spin. ant. sup. sin. ein eiförmiger, fluctuierender Tumor, der sich bis zum Lig. Poupartii und nach hinten bis zur 13. Rippe erstreckt. Ein anderer Tumor, vom Trochanter maj. des linken Oberschenkels bis zur Mitte des Oberschenkels reichend, scheint nicht mit dem ersten zu communicieren. Pottsche Kyphose der unteren B. W. S. und oberen L. W. S. einen Winkel von 30° bildend, dessen Scheitel der 12. B. W. bildet. Ferner springen deutlicher vor der 8 B. W. und der 1. u. 2. L. W. Die Haut über diesen ist gerötet. Keine seitliche Deviation der W. S., keine Druckempfindlichkeit, Pat. steht und sitzt ohne Unterstützung der Arme. Herz und Lungen gesund. 18./5. Therapie: Desinfektion, Einstich mit dickem Troicar am Oberschenkel, es können aber nur geringe Eiterflocken aspiriert werden Injektion von 8 cbcm Jdsglc. Einstich oberhalb und vor der spin. sup ant. und Entleerung von einer großen Menge dünnflüssigen Eiters, Injektion von 12 cbcm Jdsglc., Verband. 27./5. Pat. hat Erbrechen und klagt über viel Kopfschmerzen. Keine Nackensteifigkeit. Puls normal. 28. 5. Temp. 39,1° morgens, 39,2° abends. Verbandwechsel. 2 Stichkanaleiterungen. Kein Erbrechen. 29. 5. Temp. 39,6°, für die Erhöhung kein ersichtlicher Grund. 1./6. V. W. Wunde geheilt. Temp. seit 30./5. normal. 6./6. Auf Wunsch des Vaters entlassen. Oberer Absceß kaum mehr zu fühlen. Oberschenkel noch etwas oedematös. Allgemeinbefinden gut. Bettruhe verordnet.

12./6. Status auf Anfrage. Allgemeinbefinden sehr schlecht, es besteht noch ein Abscess. Die Kyphose ist stärker geworden, es wird kein Korsett getragen. Husten ist nicht vorhanden, Patient wird ärztlich behandelt

32. **Preuß, Albert,** 3 J., Heizerssohn aus Freiheit b. Osterode a. H. Aufnahme: 18./11. 96. Anamnese: Nach einem Sturz, wobei sich Patient eine Fractur der Clavicula zuzog, soll er seit Mai über die rechte Hüfte klagen und hinken. Status: Gesund aussehendes Kind, keine Schmerzen, Lungen, Herz, Urin frei. Kein Fieber. W. S. beim Bücken ziemlich steif. Hüftgelenke frei beweglich. W. S. weder Gibbus noch Skoliose, jedoch ist der Dornfortsatz des 11 und 12. B. W. wenig deutlich sichtbar. Ueber dem rechten Lig. Poupart im Becken ein Billardball großer, weicher Tumor zu fühlen. Beide Claviculae völlig normal. 20./11. Therapie: Oper. in Chlf.-Nark. Die Punction des Abscesses ergibt 20 cbcm tbc. Eiter. Injection von 10 cbcm einer 10 %igen Jdfglc. Emulsion 14./12. Wiederholung derselben Operation, 12/12. entlassen. 20./4. 97. Der Tumor im Becken ist noch vorhanden, mit Holzleimkorsett entlassen. Status auf Anfrage: 11./6. 04. Patient stets traurig und niedergeschlagen, Appetit sehr wechselnd. Er besitzt 5, bald weniger, bald stärker secernierende Fisteln. Der Buckel ist viel schlimmer geworden, so daß er ganz in gebückter Stellung gehen muß. Der Gang ist langsam, die Hände stützt er dabei auf die Kniee. Ein Jahr lang hat Pat. das Korsett getragen und mußte es dann wegen zu großer Schmerzen fortlassen. Inzwischen ist er von zwei Aerzten einmal im Krankenhause und zweimal in der Wohnung an beiden Beinen geschnitten (Abscess). Dann sind mehrere „Knochensplitter“ abgegangen, worauf er jedesmal sehr viel Schmerzen gehabt hat.

33. **Poppe, Minna,** 4 J., Arbeiterkind aus Wollbrechtshausen b. Nörten. Aufnahme: 21./10. 01. Anamnese: Mutter ist an Lungenschwindsucht gestorben. Pat. ist seit Weihnachten krank. Seit 8 Wochen hat sich am Rücken eine Erhöhung gebildet, das Kind kann seitdem schlecht gehen. Status: Im Bereich des Uebergang der Brust und L. W. S. eine buckelförmige Verbiegung der W. S. nach hinten bis zum 3. L. W. reichend. Beiderseits, besonders links faustgroße, weiche, fluctuierende Schwellung. Störungen von Seiten des Rückenmarks nicht nachweisbar. Kein Abscess in der Leistengegend. 21./10. Therapie: Punction des großen Abscess der linken Seite, Entleerung von 20 cbcm eines dicken, flockigen Eiters. Injektion von 10 cbcm Jdfglc. 1./11. Wiederholung der Punction und Injektion von 10 cbcm Jdfgl. 3./11. Entlassung. Da die Verkrümmung bereits zu hochgradig ist, werden keinerlei Mittel (Extension, Rauchfaß'sche Schwebe &c.) empfohlen Auf Anfrage: 26./6. 04. Pat. ist am 5./2. 02 gestorben.

34. **Pieper, Friederike,** 43 J., Wegemeistersfrau aus Grone. Aufnahme: 15./2. 00. Anamnese: Pat. stammt aus gesunder Familie und ist selbst nie krank gewesen. Hat 8 Kinder geboren; letzte Geburt vor 2 Jahren, im Anschluß daran bekam sie eine Lungenentzündung, von der sie starke Schmerzen im Rücken zurückbehielt. Vor einem halben Jahr bemerkte sie den Buckel. Pat. hat trotz heftiger Schmerzen nicht immer zu Bett gelegen, sondern ist immer, wenn auch mühsam, umhergegangen. Dann verschwanden die Schmerzen wieder und Pat. konnte wieder arbeiten. Weihnachten 99 fühlte sie eine langsam zunehmende Anschwellung am l. Oberschenkel. Status: Kräftige gesund aussehende Frau mit gesunden Brustorganen. An der L. W. S. besteht ein leichter stumpfwinkliger Gibbus, besonders stark hervortretend ist der 1.—3. L. W. An der Außenseite des l. Oberschenkels dicht unterhalb d. Troch. findet sich eine diffuse 2 faustgroße Anschwellung. Hüftgelenk frei. Der Gang bietet keine Schwierigkeit. Therapie: Oper. in Chlf.-Narl. Längsschnitt von 10 cm Länge eröffnet einen großen Abscess. Am Femur keine Rauhigkeiten. Die Abscessmembran ist sehr dünn. Unterhalb des Troch. maj. quillt bei Druck von hinten eine Menge Eiter hervor. Der eingehende Finger kann unter den Muskelansätzen den Femurschaft bis nach vorn

umgreifen, und an der vorderen Seite nach oben zum Lig. Poup. gelangen, ohne das Ende zu erreichen. Eiter ist dünnflüssig und auf dem Psoas hierhin gelangt. Schlauch um den Femur herum in die Abscesshöhle eingeführt, möglichst noch hinaufgeschoben und durch ihn Injektion von 25 cbcm Jdsglc. Wundnaht, Verband. 26./2. 00. Fieberhafter Verlauf; Verbandwechsel. 10./3. 00. Völlige Heilung, keine Eiteransammlung, entlassen. 9./6. 04. Status auf Anfrage. Pat. klagt über Schwäche. Der Abscess ist nicht ausgeheilt und bricht von Zeit zu Zeit auf. Gegen die aufgetretene Verkrümmung der W. S. wird ein Korsett getragen. Husten ist nicht vorhanden. Sie ist in ärztlicher Behandlung.

35. **Sobbe, Heinrich,** 20 J., Ziegelarbeiter aus Vahlhausen b. Detmold. Aufnahme: 7./2. 96. Anamnese: Vor 6 Jahren erlitt Pat. einen Bruch des r. Oberschenkels, der mit Streckverband im Krankenhaus zu Detmold behandelt wurde. Nach 17 Wochen konnte Pat. wieder laufen, hinkte aber. 1892 wurde ihm im Detmolder Krankenhause ein „Drüsengeschwür" am l. Unterschenkel geschnitten und ausgekratzt. Endlich im Herbst 1893 begann ganz allmählich ohne Frost, Hitze oder Erbrechen eine Anschwellung des r. Oberschenkels ohne wesentliche Schmerzen. Pat. ging damit umher und wurde dann von Dr. Karius-Detmold ohne Narkose incidiert, dabei entleerte sich 1 Ltr. Eiter. Anfang 1894 war die Wunde geheilt, Herbst 94 brach sie wieder auf und blieb bis heute offen. Seit einigen Wochen secerniert sie reichlich Eiter. Die Kyphoskoliose besteht seit einigen Jahren und zwar wohl länger, als die Oberschenkelanschwellung. Status: Magerer, blasser, schlanker junger Mann ohne Fieber. Lungen und Herz normal, Urin frei. Kein Husten, über dem r. lig. Poupart eine Resistenz. Es besteht eine ziemlich starke Kyphose der L. W. S. Das r. Bein ist um 3 cm verkürzt, die Verkürzung wird durch Beckensenkung ausgeglichen. Pat. hinkt ziemlich stark beim Gehen. Der rechte Femur fühlt sich unterhalb des Trochanter major verdickt an. An der Hinterseite des Beins, etwa handbreit unter dem Trochanter eine tbc. aussehende Fistel mit starkem Eiterfluss, der wahrscheinlich von einem Senkungsabscess herrührt. 9./2. Therapie: Oper. in Chlf.-Nark. Einschnitt auf die Fistel. Man gelangt nicht auf tbc. Granulationen, oder einen Abscess, wohl aber in einen ziemlich weiten Fistelgang, der nach oben nach dem Becken führt und deshalb nicht weiter verfolgt wird. Der Fistelgang, in dem man ungefähr den kleinen Finger einführen kann, ist von scharfkantigen Schalenstücken, wahrscheinlich neugebildeter Knochen, ausgekleidet, die fest in derbes Bindegewebe eingebettet sind und nicht mit dem Femur unmittelbar zusammenhängen; 3 von diesen Knochenstücken, die durchaus verschieden von Sequestern sind, werden herausgelöst und dadurch der Gang noch mehr erweitert. Drainage, Situationsnaht, Verband. 15./2. Pat. wird noch vor dem 1. V. W. wegen zu starker Eiterung nach der Baracke verlegt. 20./2. Jodoforminjektion durch ein 23 cm in die Höhe führendes Drain. Sehr starke Sekretion. 10./3 Mehrfache Jodoforminjektionen haben bis heute eine geringe Abnahme der Eiterung erzielt. 18./3. Pat. wird auf Wunsch entlassen. 15./6. 04. Auf Anfrage antwortet der Vater, dass Pat. infolge der Eiterung ein Jahr später zu Grunde gegangen ist. Er war bis zuletzt in Behandlung von Herrn Dr. Karius, Detmold.

36. **Schwarz, Wilhelm,** 53 J., Schuhmacher aus Göttingen. Aufnahme: 12./6. 96. Anamnese: Patient hatte vor 3 und 2 Jahren eine Lungenentzündung und darnach heftige Schmerzen im Rücken zurückbehalten. Status: Ausser bronchitischen vereinzelten Rasselgeräuschen kein Lungenbefund. In der Höhe des 3. und 4. B. W. befindet sich eine handflächengrosse fluctuirende Anschwellung, in deren Tiefe man entsprechend des 4. Proc. spinos. eine Lücke fühlt. 15./6. Therapie: Operation in Chlf.-Nark. Spaltung und Exstirpation des tub. Herdes im Gesunden. Im Centrum desselben führt ein Gang auf den cariösen 4. B. W. Der Proc. spin. fehlt ganz. Kein Sequester. Auskratzung, Naht, Drainage, Verband. Fieberloser Verlauf. 30./6. Zur ambulanten Weiterbehandlung entlassen. 14./9. Wiederaufnahme wegen mehrerer Fisteln

an der früheren Narbe. 15./9. Spaltung und Auskratzung. Entfernung eines Sequesters, nach längerem complicierten Wundverlauf am 19./10. zur amb. Behandl. entlassen 5./11. Wiederaufnahme wegen zweier käsigen Fisteln. 6./11. Auskratzung der gesamten alten Narbe und neuer gebildeter Abscеßhöhlen in der Umgebung des Operationsfeldes. Starke Eiterung, viel Husten, doch keine Temperatursteigerung. 25./11. Zur amb. Behandl. entlassen. 26./2. 97. Wiederaufnahme wegen Fisteln. 2./3. Auskratzen, Einpudern mit Jodoform. 13./3. Entlassen. 5./5. Wiederaufnahme wegen Fisteln. 6./5. Auskratzung. Eine Fistel in der Längsnarbe führt am inneren Rande der rechten Skapula vorbei, an eine etwa die 6. Rippe und oberhalb davon eine käsige Fistel in den Intercostalraum. In der Tiefe bewegt sich beim Atmen die Pleura auf und ab. Jodoformgazetamponade. Nach der Operation Temp. 38,1° C. Zur amb. Beh. entlassen. 3./9. 98. Nachdem Pat. inzwischen am 8./10. 97. wegen einer Weichteilstuberkulose aufgenommen und behandelt wurde, mußte heute wieder die Behandlung der Rückenfisteln Platz greifen. Jodoformglycerininjektion. Kreosot tägl. 0,4. Entlassen. 8./12. Wiederaufnahme: Sehr elend, Fieber und Husten, an der rechten Seite neben der W. S. großer Absceß unter der Haut. Spaltung, Abkratzung, keine Communication mit den alten Fisteln. Temper. 38,8° C., viel Auswurf. 2./1. 99. Bedeutende Besserung, wenig Husten, wenig Schmerzen. 2./1. Entlassen. 22./2. An derselben Stelle im Rücken hühnereigroßer Absceß. Incision und Ausschabung. Ausgangspunkt nicht zu finden. 8./2. Entlassen. 6./6. Wiederaufnahme, Auskratzung der Fisteln am Rücken. 8./6. Entlassen. 20./10. 00. Pat. starb an Gehirnerweichung.

37. **Schmerfeld, Georg,** 3½ J., Bahnarbeitersohn aus Waldkappel b. Eschwege. Aufnahme: 6./8. 97. Anamnese: Seit einem halben Jahr fällt den Eltern auf, daß der Junge nicht ordentlich stehen kann. Status: Ziemlich gut genährter Junge, ohne Erkrankung der inneren Organe, kein Fieber, Urin frei. Die drei Lendenwirbel prominieren, der 3. am meisten, doch besteht kein winkliger Gibbus. Patient kann weder sitzen noch stehen. Es besteht keine Lähmung, Hüftgelenke frei. Oberhalb des rechten Lig. Poupart. auf der Darmbeinschaufel ein großer Tumor (Absceß); links keine Senkung. 7./8. Therapie: Punktion ergiebt dicken, weißgelblichen Eiter. 13./8 Wiederholung der Punktion mit demselben Ergebnis. Jodoformglycerininjektion, Verband und Weiterbehandlung mit Gips- und Holzbett. 24./11. Entlassen 17./12. Wiederaufnahme 18./12. Streckung in Narkose und Abnahme eines Modells zu einem Lorenzschen Reclinationsbett. 19./12. 98. Mit Holzbett entlassen, Kyphose und Abceß unverändert. 21./6. Absceß hat sich von neuem gebildet. 22./6. Spaltung des Absceß und Jodoformglycerininjektion. 5./8. Wiederholung der Operation. Später entlassen. 26./5. Pat. bekommt ein neues Korsett.

38. **Schnoor, Ernst,** 33 J., Gemeindediener aus Norderney. Aufnahme: 19./8. 00. Anamnese: Vater des Pat. lebt, Mutter mit 67 Jahren an unbekannter Krankheit gestorben. Von 3 lebenden Geschwistern ist eins unterleibsleidend. Ein Bruder starb an Kehlkopfschwindsucht, ein anderer mit 48 Jahren an unbekannter Krankheit. Seit 1888 trat unter Abmagerung ein allgemeines schlechtes Befinden ein. 95 war er 2 Monate wegen chronischen Bronchialkatarrhs zu Hause. Nach einer 6 Wochen dauernden Kur in Ems fühlte sich Pat. bis Winter 98 wohl, wo der Bronchialkatarrh wieder auftrat und eine 6wöchentliche Behandlung nötig machte. Im Januar 1900 verspürte er Schmerzen in der Lendengegend und bemerkte im März d. J. eine Anschwellung der r. Lendengegend. Die Schmerzen nahmen zu, Pat. lag schließlich zu Bett und wurde Mitte Juli punktiert, wobei ca. ¼ Ltr. Eiter entleert wurde. Nach 8 Tagen füllte sich der Absceß wieder. Status: Mittelgroßer, kräftiger, etwas gelb aussehender Mann. Innere Organe gesund, kein Fieber, kein Auswurf, Urin frei. Oberhalb des r. Poupartschen Bandes findet sich eine etwa handtellergroße, fluctuirende Anschwellung, die sich nach dem r. Hüftbeinkamm verbreitert. Der 6. B.-W. Dorn

ist ein wenig prominent, und es besteht eine geringe Lordose der B. W. S. Der 3. L.-W.-Dorn ist sehr wenig druckempfindlich und zeigt sonst nichts Abnormes. Die Cystoskopische Untersuchung ergiebt nichts Pathologisches. 21./8. Therapie: Operation in Chlf.-Nark. 5 cm langer Einschnitt über der Höhe der Geschwulst. Entleerung von ca. 3 Ltr. weißlichgelben dicken Eiters. Die Absceßhöhle, die mit einer weichen, glatten Membran ausgekleidet ist, erstreckt sich weit nach oben, so daß man ihr Ende nicht erreichen kann. Drainage, Verband. 28./8. Nachdem die sehr starke Sekretion nachgelassen hat, werden 15 cbcm Jdfglc. in die Höhle eingespritzt. Keine Temperatursteigerung. 10./9. Wunde fast ganz geschlossen, nur oberflächliche Granulationsstreifen, keine Eiteransammlung. Injektion von 10 cbcm Jdfglc. 12. 9. Pat. steht auf. 17./9. Die Temperatur ist in den letzten Tagen staffelförmig bis 39,0° C. angestiegen. Subjektiv: Appetitlosigkeit, leichte Obstipation, Schmerzen in der Hüftgegend. Objektiv: eine Resistenz in der Umgebung der oberflächlichen, granulierenden Wunde. 19./9. Absceß nach außen durchgebrochen. Es hat sich sehr viel Eiter entleert. Erweiterung der Oeffnung mit der Korzange, Drainage, Verband. 29./9. Noch immer sehr starke Sekretion, ab und zu leichtes Fieber bis 38,3° C. 5./10. Pat., der schon seit längerer Zeit über Magenbeschwerden klagt, hat am 3./10. 3 mal, am 4./10. 2 mal, am 5./10 1 mal erbrochen. Stuhl angehalten und nur durch Oeleinlauf zu erzwingen. Im Erbrochenen keine freie Salzsäure. Magenausspülungen, flüssige Diät, HCl. 10./10. Die Sekretion der Wunde hat bedeutend nachgelassen. Seit den Magenausspülungen kein Erbrechen mehr. Stuhl träge. Temp. abends 37,8, nachdem Pat. seit dem 1. d. M. fieberfrei war. Oeleinläufe. 20./10. Sekretion aus der Wunde noch immer stark, von seiten des Magens keine Beschwerden. 9./11. Status idem. Zeitweilig Temperatursteigerung (Verhaltung). Eiterung meist unentwegt stark geblieben. Pat. heute auf seinen Wunsch zur Weiterbehandlung in Norderney entlassen. 12./6. Auf Anfrage: Adressat verstorben.

39. **Schröder, Ernst,** $8^1/_2$ J., Zieglerskind aus Heiden in Lippe. Aufnahme: 1./2. 02. Anamnese: Seit drei Jahren Kyphose im Bereich der unteren Brust- und obersten beiden Lenden-Wirbel. Status: Pat. kommt heute mit großem Senkungsabsceß an der rechten Hinterbacke, der sich bis auf die Innenseite des rechten Oberschenkels erstreckt. 5./2. Therapie: Punktion des Absceß und Injektion von 25 cbcm Jodoformglycerin. 28./2. Wiederholung der Punktion mit Troicart und Injektion von 20 cbcm Jdfglc. Pat. erhält ein Celluloidkorsett. 8./3. Entlassung mit der Weisung noch länger zu Bett zu liegen. Status auf Anfrage: Allgemeiner Gesundheitszustand schlecht. Höchster Grad von Abmagerung, dauernd bettlägerig. Es bestehen Abscesse am Becken und r. Oberschenkel. Der Buckel ist stärker geworden; es besteht Lungenkatarrh. Ein Korsett wird nicht getragen. Ist durch den Arzt nicht zur klin. Behandlung zu bewegen.

40. **Schrader, August,** 29 J., Schneider aus Göttingen. Aufnahme: 2./7. 02. Anamnese: Pat. will stets gesund gewesen sein, hatte nie Husten und Auswurf. Diesen Winter litt er an Rheumatismus, nahm stark an Gewicht ab und kann seit der Zeit seinen Kopf nur schwer bewegen. Keine Nachtschweiße. Status: Sehr elender Mann, über der linken Lungenspitze einzelne knackende Geräusche. Kopf und Hals werden ganz steif gehalten mit etwas angezogenem Kinn. Drehbewegungen sind gut, Bewegungen nach vorn und hinten dagegen schlecht ausführbar. Bei Druck auf den Kopf spürt Pat. Schmerzen im unteren Teil der H. W. S. An dieser ist außer einer leicht convexen Biegung nach hinten nichts besonderes zu fühlen. Der 7. H. W. springt vielleicht etwas stärker vor. Nach außen vom rechten Sternocleidomast, oberhalb der Clavicula ist eine taubeneigroße, weiche fluctuierende Geschwulst. Die Haut ist hier stark verdünnt. 3./7. Therapie: Operat. in Chlf.-Nark. Längsschnitt und Eröffnung des Absceß. Derselbe läßt sich hinter dem Sternocleidomast sehr weit nach oben verfolgen. Kein rauher Knochen fühlbar. Injektion von 20 cbcm Jdfglc., Hautnaht, Ver-

band. 10./7. Fieberloser Verlauf, Nähte entfernt, Stichkanaleiterung. Mit Druckverband zur ambul. Behandlung entlassen. 10./3. 03. Pat. an Lungentuberkulose gestorben.

41. **Schaefer, Willi,** 9. J., Holzhauerssohn aus Trebra bei Holzengel, Thüringen. Aufnahme: 22./7. Anamnese: Vor zwei Jahren ist der Knabe angeblich von einem Strohhaufen gefallen und hat eine linksseitige Mallcolarfraktur erlitten. Im Juli vorigen Jahres stellte sich dann plötzlich an der B. W. S. zwischen den Schulterblättern eine Kyphose ein. Seit November muß der Knabe das Bett hüten, da beide Beine gelähmt waren. Sonstige Erscheinungen vom Cerebro-spinal-Apparat nicht vorhanden. Status: Man sieht jetzt an dem im ganzen gut entwickelten Knaben im Bereich des 6.—8. B. W. eine kyphotische Verbiegung, derart, daß zwischen 7. und 8. proc. spinos. fast ein Platz für 2 Fingerbreiten übrig ist. Absceß an dieser Stelle oder irgend ein Senkungsabsceß sind nicht vorhanden Blase und Mastdarm functionieren anormal. Beide Unterextremitäten können activ nicht gehoben werden, die oberen sind intact. Wenn man die Beine flectiert, stellt sich Zittern ein, der Knabe ist dann im stande, sie langsam zu strecken. An beiden Beinen spastische Contracturen, namentlich die Adductoren spannen sich beim Abducieren stark an. Sensibilität nirgends gestört. Therapie: Operation in Chlf.-Nark. Lappenschnitt mit der Basis auf der linken Seite 2 Fingerbreit von der W. S. entfernt. Nach Zurückschlagen desselben Incision auf der Höhe des Buckels. Abschabung der Weichteile jederseits der proc. spin. mittels Raspatoriums, Abkneifen der Processi und Eröffnung des Wirbelkanals mit Lüerscher Zange. Auf der Höhe der Abknickung wölbt sich nach Entfernung der Knochenwand eine glasige, gelatinöse, gelbe, geschwollene, weiche Masse hervor in Ausdehnung von 2 cm, welche der Dura mater direkt aufsitzt. Exstirpation dieser Massen, Abkneifen der hinteren Wand nach oben und unten, sodaß eine Strecke von 6—8 cm freigelegt wird. Dura hier überall normal. Von einer Abscedierung oder tubc. Erweichung der Knochenmasse ist nichts zu entdecken, wenngleich der Knochen im Bereich des Buckels gelbliche Beschaffenheit aufweist. Naht der langen Rückenmusculatur, Hautnaht, Zinkpaste, Verband. Nach Bericht der med. Klinik eine Abnormität im electrischen Verhalten der Muskeln nicht nachweisbar. 31./7. Temper. 39° C. Erhöhte Pulsfrequenz. Diphtherie. 1./8. Tracheotomie. 28. 8. Diphtherie geheilt. 16./9. Laminectomiewunde völlig vernarbt. Keine Beweglichkeit zurückgekehrt, Blasen- und Mastdarmstörungen bestehen fort bis auf geringe Ausnahmen, entlassen. 13./6. 04. Status auf Anfrage: Besserung des Zustandes ist nicht eingetreten. Es besteht kein Absceß. Wirbelsäule ist krummer geworden. Korsett wird nicht getragen, Husten ist nicht vorhanden.

42. **Stolte, Dora,** $4^1/_3$ J., Brauereibesitzerstochter aus Bodenstedt. Aufnahme: 26./6. 96. Anamnese: Seit einem Jahr Vorsprung am Rückgrad bemerkt, 2 Monate mit der Schwebe behandelt und trägt einen schlecht sitzenden Taylorschen Apparat mit Pelotte. Befund: Gut genährtes, gesund aussehendes Kind ohne Fieber, steht und geht nur unter Schmerzäußerungen, Hüftgelenke beide frei, hält beim Bücken die Wirbelsäule steif. An der W. S. vom 11. B. bis zum 2. L. W. Pottscher Gibbus. Der 12. B. W. prominiert am stärksten $2^1/_2$—3 cm und ist druckempfindlich. Keine Lähmung noch Steigerung der Reflexe. In der l. fossa iliaca faustgroßer Absceß. 25./6. Therapie: Operat. in Chlf.-Nark. Die Punktion des Psoasabsceß ergiebt 200 cbcm Eiter. Injektion von 16 cbcm einer 10%igen Jodoformglycerinemulsion. Vermittels Stärkebinden und Gipshanfstreifen Herstellung eines Negativs zu einem Holzleimkorsett in Narkose. Lagerung auf Lorenzschen Reclinationsbett. 24./7. Abermals Absceß punktiert, ebenso am 29./8. 96. 5./10. Punktion des sehr vergrößerten Absceß. Injektion von 16 cbcm 10%iger Jdf.-Glc.-E. 21./12. Punktion und dieselbe Injektion. 14./1. 97. Keine Schmerzen mehr, mit einem Holzleimkorsett auf $^1/_4$ J. entlassen. 8./6. 04. Auf Anfrage nirgends zu ermitteln.

43. **Unverſehrt, Marie,** 54 J., Gaſtwirtswitwe aus Herzberg a. Harz. Aufnahme: 20./1. 96. Anamneſe: Seit einigen Wochen bemerkt Pat. links neben der W. S. unter der letzten Rippe eine Anſchwellung. Nur zeitweiſe Schmerzen, ſonſt keine ſubjektiven Wahrnehmungen, keine Schwäche im Rücken. Status: Elende Frau. Urin frei. Lungen ohne merkliche Veränderungen. Temp. 38° C.; links hinten, unter der letzten Rippe prominenter, fluctuierender Abſceß. Wirbel und Rippen unverändert. Druck auf die Reſiſtenz verurſacht Schmerz im Rücken. 22./1. Therapie: Operation. Punktion von tbc. Eiter ohne Knochenſtückchen. Kultur ergebnislos. Injektion von 8 **ccm** Jodoform-glycerin. **25./1. Pat.** entlaſſen. 18./2. Wiederaufnahme: Derſelbe Befund. Bei der Punktion des Abſceſſes wird Eiter und etwas Jodoform entleert. **Ausſpülung** mit **2%iger** Carbollöſung. Injektion von **15 ccm** Jodoformglycerin. Darauf leichte Temperaturerhöhung. 21./2. Temp. normal, entlaſſen. 10./3. Wieder-aufnahme, Punktion, Injektion von 8 g Jodoformglyc. 13./3. Entlaſſen. 20./6. Wiederaufnahme. Befund derſelbe, auf Druck ſickert Eiter aus. 21./4. Oper. in Chlf.-Nark. Man kommt mit einer Sonde durch eine Fiſtel, etwas links von der Medianlinie an den Knochen des 2. oder 3. L. W. Querſchnitt über die Geſchwulſt, nach unten oder oben ein T-Schnitt. Man gelangt auf rauhen, frei-liegenden Knochen. Dorn und Bogenteil der linken Seite ſind weiß-gelb käſig infiltriert. Der Wirbelkanal wird nicht eröffnet, da der Knochen in tieferen Partien feſter wird. Verkleinern der Wunde durch Seidennaht, Tamponade. 29./4. Verbandwechſel: Verlauf ohne Fieber, kaum Eiter, Fiſtel bleibt, entlaſſen. 10./9. Wiederaufnahme: Befund: Vor der Operationsnarbe führen Fiſteln in die Tiefe. 11./9. Oper. in Chlf.-Nark. Spaltung und Ausräu-mung eines kirſchgroßen Sequeſters. Tamponade, Naht, Verband. 5./10. Wunde granuliert gut. **27./10.** Geheilt entlaſſen. 19./3. 97. Wiederaufnahme. Befund: Fiſteln. 21./3. 97. Oper. in Chlf.-Nark. Erweiterung der Fiſteln. Man fühlt in der Tiefe eine Knochenſpange. Beim Verſuch, dieſe mit der Zange zu faſſen, zuckt das linke Bein. Daher nur Ausſchabung. Im Anſchluß an die Operation entwickelt ſich ſchnell eine Meningitis mit allen charakteriſchen Symp-tomen, der der Patient am 22./3. 97 erliegt. Sektion: **Meningitis supner.** Die Dura hat vorn und hinten je ein Loch, die darunterliegende **Cauda** ſchwammig (tbc.) verändert.

44. **Teuber, Friedrich,** 24 J., Schloſſer aus Detmold. Aufnahme: 29./7. 98. Anamneſe: Mit 8 Jahren hatte Pat. angeblich längere Zeit Kreuzſchmerzen, ſonſt ſtets bis zum 21. Lebensjahre geſund geweſen. Damals hatte Pat. Entzündung und Eiterung im l. Schultergelenk, die nach mehrfachen Operationen nach 8 Monaten ausheilte. Seit 14 Tagen bildete ſich eine Ge-ſchwulſt in der linken Leiſtengegend, angeblich infolge Hebens einer $1^1/_2$ Centner ſchweren Laſt, wobei Pat. ſtolperte. Befund: Geſund und kräftig ausſehender Mann. Ueber der r. Lungenſpitze unbeſtimmtes Atmen, ſonſt geſunde Organe. Am linken Schultergelenk Reſektionsnarben. Kopf des humerus ſteht ſcheinbar verändert unter dem **proc. coracoid.** Armbewegungen nur teilweiſe ausführbar. In der linken Leiſtengegend, oberhalb des Lig. Poupart eine 16 cm lange, 10 cm breite, prall fluctuierende Geſchwulſt. Bewegungen im l. Hüftgelenk frei. Die Wirbelſäule iſt leicht, 1 cm, ſkoliotiſch nach rechts verbogen. Der 5. L. W. pro-miniert, iſt nicht ſchmerzhaft, er bildet eine leichte ſpitzwinklige Kyphoſe. Senſibi-tätsſtörungen ſind, abgeſehen von einem tauben Gefühl, an der Außenſeite des l. Ober-ſchenkels nicht vorhanden. 1./8. Therapie: Operation unter Schleichſcher Anaeſtheſie. Schnitt oberhalb und parallel dem Lig. Poupart. Entleerung weißlichen, käſigen Eiters. Drainage, Verband. 7./8. Fieberloſer Verlauf. 1./9. Abſceßhöhle noch nicht geſchloſſen, mäßige Eiterung. Jodoformglycerininjektion 10 **ccm.** 28./9. Eiterung ſehr gering, doch heute unter Schleich-Anäſtheſie Exciſion der Fiſtel. 23./10. Pat. hat außer über die Wunde keine Klagen. Auf der r. Lungenſpitze ſuspecte Raſſelgeräuſche. An der Wirbelſäule Status idem, keine Druckempfindlichkeit. Das Bücken ohne Schmer-

zen und ohne Unsicherheit. Bewegung der Beine und der Gang sind uneingeschränkt. Oberhalb der l. Leistenbeuge 6 cm lange Narbe, in deren Mitte eine Fistel, die sich 9 cm weit sondieren läßt. Oberhalb der l. Leiste ist eine 1 Querfingerbreite Verhärtung durchzufühlen, anscheinend die verdickte Abscesswandung. 24./10. Entlassen. 10./6. 04. Adressat nirgends zu ermitteln.

45. **Topp, Dorette,** 57 J., Arbeitersfrau aus Alfeld. Aufnahme: 1./6. 02. Anamnese: Vor 1 Jahre hat Patientin ein stärkeres Vortreten der Wirbel in der Lendengegend bemerkt. Konnte jedoch ohne Beschwerden gehen. In letzter Zeit jene Stelle stärker empfindlich. Kurz vor Pfingsten hat sich an der Innenseite des l. Oberschenkels eine Schwellung gebildet, die jetzt Kindskopf groß ist und hauptsächlich in der oberen Hälfte des Schenkels an der medialen Fläche seinen Sitz hat. Deutliche Fluctuation. Status: Die Kyphose beträgt nur geringe Grade und betrifft den 3. und 4. L. W. Dieselben überragen das Niveau um 3 cm. Am Rücken kein Absceß. 5./6. Therapie: Unter Aethylchloridspray Punktion des Senkungsabsceß mittels dicken Troicarts und Entleerung von ca. 400 cbcm einer ziemlich zähflüssigen, fadenziehenden Eitermenge. Injektion von 20 cbcm Jodsgl. Verschluß der Einstichöffnung durch eine Seidennaht. Verband. 7./6. Unter Lokalanaesthesie Punktion. 200 cbcm Eiter. Injektion von Jodoformglycerin. 14./6. Wiederholung der Punktion. 200 cbcm dickrahmiger Eiter. 17./6. Entlassung. Soll zu Hause weiter behandelt werden. Bettruhe empfohlen. Status auf Anfrage: 26./6. 04. Das Allgemeinbefinden ist nicht gut. Ein Absceß hat sich nicht wieder gesammelt, doch ist die Kyphose derart verschlimmert geworden, daß Pat. reiseunfähig ist. Ein Korsett wird nicht getragen. Zuweilen besteht Husten. Pat. wird ärztlich behandelt.

46. **Waldmann, Henriette,** 41 J., Tagelöhnerin aus Holzerode. Aufnahme: 18./9. 97. Anamnese: Vater starb an chronischem Lungenleiden, Mutter an Gicht. Pat. litt im 11. Jahre an Röteln, später an Magenschwäche und Herzklopfen, sonst gesund gewesen. Im März hat sie sich angeblich beim Ueberwerfen eines Holzbündels auf den Rücken die W. S. beschädigt, eine äußere Wunde war nicht da. Seit jener Zeit Schmerzen im Rücken beim Bücken und Gehen. Seit 8 Tagen besteht eine Anschwellung im Rücken. Status: Gut genährte blasse Frau, Lungen und Herz gesund. An der L. W. S. entsprechend dem 3. und 4. L. W. mehr rechts als links gelegen eine Kinderfaust große, flach vorgewölbte, fluctuierende auf Druck leicht schmerzhafte Schwellung. Eine Deformation der W. S. ist, da sich die Anschwellung gerade vor der proc. spinos. lagert, nicht zu palpieren, kann aber jedenfalls nicht erheblich sein. Im Urin Spuren von Eiweiß. 20./9. Therapie: Punktion ergiebt dicken, gelbgrünen Eiter. Injektion von 10 cbcm 10%er Jdsglyc.-Lösung. 21./9. Der Absceß hat sich wieder gefüllt. Wiederholung der Punktion, welche Eiter und Jodoformbröckel ergiebt. Es wird ein Gipsmodell angefertigt. 22./9. Der Absceß hat sich wieder gefüllt. 23./9. Vorläufig mit Holzleimkorsett entlassen. 8./6. 04. Auf Anfrage: Adressat verstorben.

47. **Wollersen, Wilhelm,** 9¾ J., Landwirtssohn aus Groß-Rhüden. Aufnahme: 15./5. 99. Anamnese: Pat. ist bereits am 14. Juni 93 seines Gibbus wegen poliklinisch behandelt, damals kein Senkungsabsceß. Am 5./4. 95 wurde er wegen eines Senkungsabsceß unter der Glutealmuskulatur in die Klinik aufgenommen, damals bestand folgender Status: Blasser, schlecht genährter Knabe, Brustorgane gesund. Gang ist schlecht. Es besteht ein Gibbus sämtlicher Lendenwirbel, dessen Umgebung sich teigig anfühlt. Auf der linken Hinterbacke starke Fluctuation. Der Absceß ist bei der Untersuchung wenig schmerzhaft. Blasen- und Mastdarmstörungen bestehen nicht. 13./4. Therapie: Punktion des Absceßes an der Hinterbacke in Höhe des Foramen ischiadicum. Entleerungen von kolossalen Mengen Eiters, der mit Fibringerinseln und Knochensand untermischt ist. Injektion von 10 cbcm Jdsglc. Pflasterverband. 1./5. Absceß hat sich wieder gebildet, Wiederholung der Operation. 12./7. Punktion nach

undeutlich gefühlter Fluctuation ergebnislos. Knabe, der sich gut erholt hat, gesund und blühend aussieht, erhält ein Filzkorsett und wird am 29./7. entlassen. 15./5. 99. Wiederaufnahme: Gibbus der L. W. Säule besteht noch, die Dornfortsätze des 1. besonders aber des 2. und auch 3. L. W. springen nach hinten vor. Es besteht ein Absceß an der rechten Seite des oberen Kreuzbeinwirbels. Man kann ihn nicht bestimmt als Senkung ansprechen. 19./5. Absceß punktiert; es entleert sich dicker gelber Eiter. Injektion von 5 cbcm Jdsglc. 25./5. Entlassen. 13./6. 04. Auf Anfrage: Pat. ist im Oktober 1903 an Ileus gestorben. Eitrig. periton. Exsudat als Ursache vermutet, aber nicht nachgewiesen. Es bestanden mäßig secernierende Fisteln, die aber den Schulbesuch nicht hinderten. Die Kyphose hatte ihre Beschaffenheit beibehalten. Er ist weder mit Korsett noch anderweitig auf die Spondylitis behandelt worden. Husten bestand nicht.

48. **Wehrhahn, Marie,** 21 J., Landwirtstochter aus Salzhemmendorf. Aufnahme: 11./3. 02. Anamnese: Vor 1½ Jahren Spina ventosa des Endgliedes digiti 3. sin. Incision und mehrfache Operation wegen Fisteln. Vor 6 Wochen, im Anschluß an rheumatoide Schmerzen rechtsseitige Drüsenanschwellung am Halse, die langsam zunahm und jetzt Hühnereigröße angenommen hat. Hat früher viel gehustet und angeblich linksseitigen Spitzenkatarrh und Bleichsucht gehabt. Vater an Lungenschwindsucht gestorben. Status: Rechtsseits hinter dem Sternocleidomast bis zur Haargrenze reichend hühnereigroßer, deutlich fluctuierender Absceß. Kopf wird etwas nach links gehalten, Bewegungen desselben werden wegen Schmerzhaftigkeit, die namentlich in den Partien zwischen Absceß und Halswirbeldornen ausgeprägt ist, vermieden. Druck auf die Halswirbel-Dornen nicht schmerzhaft. Links hinten oben Dämpfung. Am linken Mittelfinger spina ventosa. Therapie: Operation in Chlf-Nark. Schnitt an der hinteren Seite des Sternocleidomast, Eröffnung des Absceß, auf dessen Grunde man die Querfortsätze zweier H. W. fühlt; dieselben sind vom Periost entblößt und bilden offenbar den Ausgangspunkt der Eiterung. Ausschabung des Absceß und Abtragung einzelner Drüsenbestandteile, die mit in den eitrigen Prozeß gezogen sind. Ausreibung mit Jodoformbrei, Naht, Drainage, Verband. Behandlg. der spina ventosa lege artis. Der Knochen des amputierten Fingers besteht in Ausdehnung von ½ cm aus tbc. Massen. 17./3. Verbandwechsel. 21./3. Finger geheilt. Mit kl. Fistel am Halse zur Weiterbehandlung nach Hause entlassen. 9./6. 04. Auf Anfrage: Pat. ist am 17./5. 02. einem „qualvollen" Tode erlegen. Die Wunde heilte zwar und Pat. hat noch 14 Tage mit Streckverband gelegen, bis sie endlich keine Nahrung mehr aufnehmen und keine Luft mehr schöpfen konnte. Sie war in ärztlicher Behandlung.

49. **Wenzel, August,** 18 J., Kellner aus Osterode a./H. Aufnahme: 29./5. 01. Anamnese: Hereditäre Belastung (Tbc.) nicht nachweisbar. Vor 2 Jahren war Pat. angebl. 3 Wochen typhuskrank und litt vor 1½ Jahren 5 Wochen lang an Schwäche und Mattigkeit. Sein jetziges Leiden begann April 1900 ohne bekannte Ursache, ebenfalls mit Schwäche und Appetitlosigkeit. Dez. 1900 bemerkte er eines Nachts eine Anschwellung am rechten Oberschenkel, die seitdem allmählig größer wurde. Status: Mittelgroßer, schwächlicher, blasser Mann. Temp. normal. Sehr flacher Thorax, Schall über der l. Lungenspitze etwas verkürzt, verschärftes und rauhes Inspirium daselbst, leise spärliche Rasselgeräusche. Herz normal. Supraclaviculargruben beiderseits eingesunken. Der rechte Oberschenkel zeigt im oberen Drittel vom Poupartschen Bande abwärts eine diffuse Anschwellung. Der Umfang desselben beträgt hier 53 cm gegen links 48 cm. Diese Anschwellung an der Vorderseite fluctuiert nicht, eine zweite handtellergroße, mehr umschriebene Anschwellung findet sich in der rechten Trochantergegend und zwar unterhalb der Spitze desselben und nach hinten von ihm und fluctuiert deutlich. Eine Communication zwischen beiden scheint nicht zu bestehen. Bei Flexion des Beines ist jedoch auch vorn Fluctuation, die bei Extension des Beines durch Muskelspannung nicht fühlbar ist. Die Wirbelsäule zeigt entsprechend

dem 1.—4. L. W. einen deutlichen Gibbus, dessen stärkste Prominenz dem 2. L. W. entspricht. Gleichzeitig bietet die W. S. an dieser Stelle eine links convexe Skoliose. Gibbus nicht druckempfindlich, kein Stauchungsschmerz. Das Bücken geht gut, dabei keine Schmerzen. 30./5. Therapie: Punktion an der Innenseite und Außenseite des Oberschenkels über dem Abscеß. Aus beiden entleert sich Eiter, zusammen etwa 200 cbcm. Injektion von 10 cbcm Jdfglc. an der Innenseite. 7./6. Absceß hat sich wieder gesammelt. 11./6. Wiederholung der Punktion an der Außenseite des Oberschenkels mit zieml. dicken Troicart. Entleerung von 30 cbcm Eiter. Injektion von 15 cbcm Jdfglc. 15./6. Absceß hat sich wieder gesammelt, rechts vom Trochanter handbreit in der Längsrichtung des Oberschenkels. Klagen über Schmerzen in linker Brustseite hinten unten. Objectiv kein Befund. Reichliches Sekret aus einer Fistelöffnung. 20./6. Operation: Unter Schleichscher Anästhesie Spaltung longitudinal über der Fistelöffnung ca. 5 cm lang. Man kommt in eine mit schlaffen Granulationen ausgefüllte Absceßhöhle, die etwa bis zur Mitte des O.-Schenkels nach unten reicht. Es entleert sich bei Druck von unten etwa 100 cbcm Eiter. Ausschabung der der Granulationen. Injektion von 15 cbcm Jdfglc. Seidenknopfnaht, kein Drain, Verband. 23./6. V. W. Temp. 37,7° C., Sekretion durch die Stichkanäle und zwischen den Nähten. 26./6. Sekretion geringer, Nähte entfernt, Temp. normal. 3./7. Vernarbung bis auf eine Fistel am unteren Wundwinkel, die keinen Eiter secerniert. 9./7. Injektion von 10 cbcm Jdfglc. in die Fistel, die in den letzten Tagen nur klare seröse Flüssigkeiten secerniert. 10./7. Mit Celluloid korsett in Armstützen entlassen. 7./6. 04. Auf Anfrage: Pat. nirgends zu ermitteln.

50. **Eggert, Luise,** 26 J., Maurersfrau aus Göttingen. Aufnahme: 6./5. 01. Anamnese: Im Jahre 91 am r. Fuß operiert. Vor 3 Jahren soll sich, im Anschluß an das damalige Wochenbett, das seit 93 zeitweilig schmerzende und etwas geschwollene r. Knie entzündet haben. Pat. wurde unfähig, ohne Stock zu gehen. Contracturstellung des Knies bildete sich infolgedessen. Vor Erkrankung des Knies hat sich rechts im Nacken eine Schwellung entwickelt, die anfangs stark schmerzte und sie unfähig machte, den Kopf zu bewegen. Status: Ziemlich gut genährte Frau. Das rechte Knie bildete den typischen Befund eines Fungus genus. Der Kopf ist nach vorn geneigt, der Brust genähert. Im Nacken, hauptsächlich rechterseits die Gegend zwischen dem musc. trapec. einnehmende, faustgroße, derbe Schwellung. Die W. S. bildet im Bereich des 3. bis 7. W. eine Kyphose und ist wenig rechts convex skoliotisch. Infolge dieser Schwellung ist die Partie rechts vom cucularis tief eingesunken. Bewegungen des Kopfes nach allen Seiten fast gänzlich frei. Geringe Schmerzhaftigkeit und deutliches Knacken bei Bewegungen. 20./5. 01. Therapie: In Chloroform-Nark. wird die Resection des Kniegelenkes nach Textor lege artis vorgenommen. 7./6. 01. Beim Verbandwechsel wird ein medial vom Quadriceps gelegener Senkungsabsceß geöffnet, aus dem sich grau-grüner, steriler Eiter entleert. 11./6. 01. Secretion aus dem Senkungsabsceß hat vollkommen aufgehört. Nach längerem sehr kompliciertem Wundverlauf wird Pat. mit völlig geheiltem Knie am 7./2. 02 und Gipsstütze entlassen. Die Spondylitis wurde nicht weiter behandelt.

51. **Vietmeier, Minna,** 26 J., Dienstmädchen aus Bösingfelde. Aufnahme: 26./2. 02. Anamnese: Im Oktober 1901 hatte die bis dahin immer gesunde Pat., deren Eltern und Geschwister ebenfalls immer gesund gewesen sind, öfter Schmerzen im Rücken, nach der linken Lendengegend hin ausstrahlend. Kein Trauma vorangegangen. Vor 5 Wochen wurde dann eine kyphotische Verbiegung der W. S. zwischen den Schulterblattspitzen bemerkt und seitdem hat Pat. starke Beschwerden. Schlag auf den Kopf, Springen 2c. lösen heftige Schmerzen aus. Status: Kräftiges Mädchen mit gesunden inneren Organen. Die W. S. im Bereich des 7. bis 10. B. W. ist leicht kyphotisch verbogen. Den Scheitel der Kyphose bildet der 9. B. W. Druck auf diese Gegend ist schmerzhaft. Vornüberbeugen ist nur unter gestreckter Haltung der W. S. möglich; kein

Senkungsabsceß. 28./2. Therapie: Suspension nach Glisson. 6./6. Auf Wunsch entlassen, Bettruhe noch auf Wochen verordnet. 3./7. Wiederaufnahme. Kyphose nicht verschlimmert, kein Senkungsabsceß, Korsett angepaßt. 20./7. Mit Korsett entlassen. 8./2. 04. Wiederaufnahme. Gibbus allmählich stärker geworden. Seit 3 Wochen eine Anschwellung in der linken Lumbalgegend bemerkt. Sonst subject. Wohlbefinden. Temp. normal. R. Lungenspitze weist verschärftes Exspirium und Rasselgeräusche auf. Der Gibbus bildet einen Winkel von ca 110°, am meisten prominiert der 9. und etwas weniger der 7. B. W. Höchste Erhebung beträgt etwa 3 cm. Außerdem besteht eine l. convexe Dorsalskoliose. Das l. Taillendreieck ist flach, das r. etwas vertieft. In der linken Lumbalgegend, zwischen Hüftbeinkamm und Rippenbogen ist eine flache, deutlich fluctuierende Anschwellung, die bis 3 Fingerbreit unterhalb der Crista ossis ilei nach abwärts reicht. Vorn kein Absceß zu fühlen. Keine Schmerzhaftigkeit beim Bücken. 10./2. Punktion ergiebt 1/4 Liter rahmigen, mit wenigen Flocken untermischten Eiters. 23./2. Punktionsstelle etwas nässend (fistulös), Absceß trotzdem wieder gespannt. Punktion ergiebt 120 cbcm etwas blutig gefärbten Eiters. Seidenknopfnaht. 8./3. Aus der Fistel eitrige Sekretion. Temp. normal. Absceß mäßig gespannt. Punktion ergiebt 66 cbcm stark blutig gefärbten Eiters. Entlassen. 10./6. Status auf Anfrage: Pat. befindet sich leidlich wohl. Ein Senkungsabsceß über dem linken Hüftbeinkamm ist stark eingedickt, in der Resorption begriffen. Es besteht der Gibbus in alter Stärke. Sie hat das Korsett weiter getragen. Von ihrem Arzt, Dr. Pätz, wurde vor 6 Wochen eine Jodoformglycerininjektion in den Senkungsabsceß gemacht.

52. **Winterstein, Otto,** 20 J., Kürschner aus Tenstedt b. Langensalza. Aufnahme: 26./11. 01. Anamnese: Vater im Alter von 38 Jahren an Lungenschlag gestorben, ohne vorher lungenkrank gewesen zu sein. Mutter und Geschwister gesund. Er selbst hat vor 3 Jahren Blut gehustet und litt vor 2 Jahren an Stichen in der Seite. Sonst gesund gewesen. Status: Schwächlicher Mann mit flacher Brust, sonst aber leidlich gesundem Aussehen. Rechte Supraclaviculargrube mehr eingezogen wie links. Ueber der r. Lungenspitze verlängertes und verschärftes Exspirium. Sonst kein Befund. Am Rücken ist eine S-förmige Verbiegung der Wirbelsäule und eine kegelförmige Vorwölbung, Gibbus, dessen Scheitel der 12. B.-Dornfortsatz bildet. Der Gibbus hat eine geringe seitliche Verschiebung nach links. Oberhalb und unterhalb des Gibbus starke Lordose. An der rechten Brustseite nach innen und oberhalb von der Spina ant. sup. Geringe Vorwölbung mit größerer Druckresistenz wie links. Therapie: Suspension mittels Glisson-Schwebe. 29./11. Da Pat. die Suspension wegen heftiger Schmerzen nicht verträgt, wird er im Bett auf Kissen so gelagert, daß der Gibbus erhöht liegt. 2./12. Punktion unter Lokalanästhesie 2 cm innerhalb von der r. Spina ant. sup. Entleerung von wenig dünnen mit käsigen Massen gemischten Eiters. Injektion von 10 cbcm Jdsgl. 9./1. 02. Resistenz ist etwas geringer, aber immer noch deutlich fühlbar. Allgemeinbefinden besser. Gibbus unverändert. Pat. geht ohne Stock ziemlich gut, entlassen, da zunächst keine Indication zur Operation vorliegt. Auf Anfrage: Pat. verstorben.

53. **Möller, Wilhelm,** 6 J., Tagelöhnerssohn aus Wotzfeld b. Hersfeld. Aufnahme: 19./2. 96. Anamnese: Pat. kommt ohne Anamnese zur Aufnahme. Status: Mäßig kräftiger Junge, ohne Fieber, hat aber ziemlich viel Husten. Ueber der l. Lungenspitze etwas kürzerer Percussionsschall, links sowohl wie rechts über der Spitze zahlreiche katarrhalische Geräusche. Jedoch überall vesiculäres Atmen. Herz gesund, Urin frei. Die Lendenwirbelsäule bildet eine ziemlich starke Kyphose, deren Scheitel vom Dornfortsatz des 4. L. W. gebildet wird. Die physiologische Verkrümmung der B. W. S. ist beträchtlich abgeschwächt. Eine seitliche Verkrümmung besteht in keinem Teil der W. S. Ein wesentlicher Unterschied des Buckels ist nicht zu konstatieren, je nachdem Pat. sitzt, steht oder auf dem Bauch liegt. Keine Schmerzhaftigkeit. Lähmungserscheinungen

irgend welcher Art sind nicht vorhanden. Gang möglich aber sehr steif; beim Bücken, sich Setzen und sich Wiederaufrichten vermeidet Pat. jegliche stärkere Verbiegung der W. S. Keine Senkungsabscesse. Bauch aufgetrieben. Therapie: Bettruhe. 11./3. Pat. wird mit gutsitzendem Filzkorsett entlassen. Status auf Anfrage: 28./6. 04. Das Allgemeinbefinden ist nicht ganz befriedigend. Die Verkrümmung der W. S. ist stärker geworden, aber ein Absceß hat sich nicht gebildet. Ein Korsett wird jetzt nicht mehr getragen. Pat. hat keinen Husten und ist auch nicht in ärztlicher Behandlung.

54. **Kunze, Bertha,** $2^4/_{12}$ J., Weberstochter aus Niedergebra b. Bleicherode. Aufnahme: 13./2. 96. Anamnese: Das Kind soll seit etwa $^1/_4$ Jahr den Kopf auf die linke Seite und seit einigen Wochen auch nach hinten halten. Status: Mäßig genährtes Kind, ohne Erkrankung der Lungen; kein Fieber, Urin frei. Das Kind hält den Kopf nach links und hinten und sucht krampfhaft die Lage beizubehalten. Die Halswirbelsäule bildet einen stark nach vorn convexen Bogen. Die Dornfortsätze des 1. u. 2. B. W. prominieren nach hinten, während die Dornfortsätze der nächsten 3, also 3., 4. u 5. B. W. wiederum nach vorn verschoben sind. Weiterhin ist die B. W. S. auffallend flach. Atmung ist behindert. Am Rücken sonst nichts Auffälliges, kein Absceß. 14./2. Therapie: Permanenter Gewichtszug nach Volkmann 4 Pfd. 24./3. Nach einem Gipsmodell ein Korsett bis zum Kinn und Hinterhaupt reichend, sitzt gut, behindert Pat. aber beim Essen, auch kann ders. noch nicht allein gehen und stehen. Temper. die ganze Woche hindurch immer etwas höher als normal, morgens nur selten unter 37° C., abends häufig bis 37,8° C. Mit einem Korsett entlassen. 8./6. 04. Zu Hause gestorben.

55. **Remmert, Johanne,** $7^3/_4$ J., Ackermannstochter aus Löhne, Kreis Herford. Aufnahme: 13./3. 96. Anamnese: Pat. erzählt, es sei ihr ein Junge auf den Rücken gesprungen; wann, weiß sie nicht. Im Anschluß daran habe sie Schmerzen in der rechten Seite bekommen. Status: Gut genährtes Mädchen ohne Erkrankung innerer Organe, kein Fieber, Urin frei. Der Dornfortsatz des 2. L. W. prominiert mäßig stark nach hinten. Vom 3. L. W. ab bildet die L. W. S. einen nach vorn convexen Bogen, während die oberhalb des Gibbus gelegene W. S. fast geradlinig ist. Auf Beklopfen ist die W. S. nicht empfindlich. Die Haut über dem Gibbus ist leicht gerötet. Kein Absceß. Bewegungen in der W. S. sind ziemlich stark schmerzhaft und werden vermieden. Beim Sitzen stützt sie die Arme auf, Stehen und gehen kann sie fast gar nicht. Keine Lähmungserscheinungen. 29./3. Therapie: Die Wirbelsäule ist unter ruhiger Rückenlage viel weniger schmerzhaft geworden. Pat. kann sich mit Hülfe der Hände auch ohne Schmerzen aufrichten. 8./1. Pat. hat keine Schmerzen und wird mit gutsitzendem Filzkorsett entlassen.

56. **Becker, Else,** $2^1/_2$ J., Arbeiterstochter aus Braunschweig. Aufnahme: 20./8. 96. Anamnese: Seit Ostern krank und seit 8 Wochen sichtbarer Buckel. Keine Therapie bis jetzt. Status: Gut genährtes, etwas blasses Kind. Kein Fieber, kein Husten, Urin frei. Vom 12. B. bis 5. L W. eine Kyphose. Die Dornfortsätze des 2. u. 3. L. W. bilden den Scheitel derselben. Das Kind kann stehen, stützt aber dabei die Hände auf die Oberschenkel. Auch im Sitzen stützt es angeblich die Hände auf den Sitz und klagt über Schmerzen. Kein Senkungsabsceß, keine Lähmung. Therapie: Das Kind bekommt ein Lorenzsches Reclinationsbett, doch ohne Kopfstück. 3./9. Das Kind auf Wunsch der Eltern ungebessert mit Reklinationsbett entlassen. 8./6. 04. Anfrage als nicht bestellbar zurück.

57. **Funk, Jacob,** 4 J., Weißbinderssohn aus Weißenborn. Aufnahme: 23./11. 96. Anamnese: Seit Herbst d. J. geht Pat. steif. Seit einigen Wochen Knoten am rechten Bein bemerkt. Status: Etwas blasser, gut genährter Junge. Kein Fieber, Lungen und Herz normal, Gelenke frei, Urin frei. Leichter Gibbus des 12. Brustwirbels. Kein Senkungsabsceß.

Pat. kann nur stehen, wenn er die Hände auf die Oberschenkel stützt und kann kaum gehen. Außer dem Gibbus hat derselbe ein tbc. Knochenherd der rechten **tibia** und an der Hinterfläche des rechten Oberschenkels eine Weichteiltbc. 26./11. Therapie: In Chlf.-Nark. werden die beiden tbc. Herde exstirpiert, Naht, Drainage, Verband. Unter den Gibbus wird einstweilen ein Kissen gepolstert. 14./12. Fieberloser Verlauf. Pat. bekommt ein Korsett angemessen. 19./12. Wegen Masern nach der Baracke verlegt. 14./1. 97. Zurückverlegt. Pat. wird wegen der Tbc. weiterbehandelt. Er kann noch nicht stehen wegen der Spondylitis, welche zu einem stärkeren Gibbus geführt hat. 28./1. Mit fast verheilten Fisteln wird der Junge auf Wunsch der Eltern mit Holzleimkorsett entlassen. 8./6. 04. Anfrage zurück: Adressat unbekannt.

58. **Kleine, Robert,** 5 J., Schlosserssohn aus Bielefeld. Aufnahme: 24./11. 96. Anamnese: Seit zwei Jahren klagt Pat. über Schmerzen im Rücken. Ist mit Streckverband am Kopf behandelt und dann mit einem Schienenapparat. In letzter Zeit konnte er kaum noch gehen. Status: Mittelgut genährter, rotbackiger Junge, kein Fieber. Lungen und Herz normal. Urin frei. Hat einen Gibbus, dessen Höhe vom Dornfortsatz des 3. L. W. gebildet wird, doch springen auch schon die Dornfortsätze vom 1. u. 2. L. W. vor. Im rechten Becken über dem Lig. Poupartii ein enteneigroßer Abszeß, der sich kaum sichtbar verwölbt. Gehen und stehen unsicher, doch nicht ganz charakteristisch. Der Schienenapparat ist ganz ungenügend. 27./11. Da die Eltern darauf drängen, den Jungen wieder mitzunehmen, so wird er heute wieder ohne Therapie entlassen. 9./6. 04. Anfrage zurück: Adressat nicht zu ermitteln.

59. **Müller, Frieda,** 10 J., Landwirtstochter aus Hülpstingsen b. Hannover. Aufnahme: 11./5. 96. Anamnese: Seit einem Jahr bestehen Schmerzen auf der r. Seite des Kopfes von der Stirn bis in den Hinterkopf sich ausbreitend. Niemals Schmerzen im Gesicht. Schmerzen im Laufe der Jahre zugenommen und Schlaf störend. Dabei ein Gefühl von Schwere im Kopf und Steifigkeit im Hals. Seit jener Zeit auch Bewegungen des Kopfes auf dem Rumpfe schmerzhaft. Ausfluß aus einem Ohr und Vorstehen des r. Auges niemals bemerkt. Status: Mittelgut genährtes, rotbackiges Mädchen, kein Fieber. Lungen und Herz gesund. Urin frei. Pat. bewegt den Kopf nur ängstlich und nicht ohne Schmerzen, fixiert ihn deshalb leicht nach links geneigt. Musc. Sternocleidom ist nicht angespannt. Druck auf die Austrittsstelle des Supra und Infraorbitalis nur mäßig schmerzhaft. Gehör beiderseits scharf, Augenbewegungen frei. Vom 6. H. W. bis herab zum 10. B. W. bildet die W. S. eine nach rechts convexe leichte Kyphoskoliose. Druck auf die Halswirbeldornfortsätze ist schmerzhaft. Außerdem hat Pat. am Kiefer u. Hals tbc. Lymphdrüsen und an der Grundphalanx des rechten Mittelfingers eine spina ventosa. 13./6. Therapie: In Chlf.-Nark. Behandlg. der Lymphomata und der Spina ventosa lege artis. 15./5. Glissonschwebe, Belastung 5 Pfd. Die Zugschnur ist nicht in der Medianlinie, sondern mehr links an der Schwebe befestigt, zur Correction der rechts convexen Skoliose. 8./6. Finger geheilt. 28./6. In letzter Zeit empfand Pat. keine Schmerzen mehr im Kopf und konnte den Hals frei bewegen. Sie wird mit einem Holzleimkorsett, welches unter die Arme reicht, und den Hals, das Kinn und den Hinterkopf umfaßt, den Kopf extendiert und steif hält, entlassen: 13./6. 04. Auf Anfrage: Nach mehrmaliger nachträglicher Behandlung im Henriettenstift in Hannover ist Pat. zu Hause am 7./3. 04. gestorben. Nach der Operation in Göttingen (wahrscheinl. der Lymphomata) war die Eiteransammlung geheilt. Im letzten Jahre hatte sie an beiden Händen Abscesse. Die Wirbel-S. blieb gerade, hat zwei Jahre das Korsett getragen. Es bestand niemals Husten.

60. **Messerschmidt, Johanne,** 37 J., Hülfsbahnwärterfrau aus Drüber b. Einbeck. Aufnahme: 8./6. 96. Anamnese: Seit einem Jahr haben sich geringe Schmerzen im Nacken bei Bewegungen eingestellt, zugleich mit einer allmählichen Anschwellung des Knochens im Nacken. Seit Ostern die Schmerzen

stärker und Schlaf störend. Ebenso war der Kopf in seinen Bewegungen seitdem mehr behindert. Status: Ziemlich gut genährte, gesund aussehende Frau. Kein Fieber, Lungen und Herz normal. Urin frei. Der Kopf wird ziemlich steif und stark nach vorn geneigt fixiert. Drehbewegungen nach der Seite ziemlich gut ausführbar. Nickbewegungen fast ganz aufgehoben. Der 7. H. W.-Dornfortsatz springt abnorm stark, wohl auch verdickt nach hinten vor. Unter ihm auch der 1. u. 2. B. W.-Dorn. Keine Druckempfindlichkeit, keine Skoliose im Becken und sonst kein Senkungsabsceß. Therapie: Zur Herstellung eines Korsetts wird ein Modell genommen. Die Behandlung besteht bis zur Anfertigung desselben in Extension mit Glissonschwebe (5 Pfd.) 19./6. Mit Korsett entlassen. 21./6. 04. Auf Anfrage: Pat. am 16. Januar 1898 gestorben.

61. **Suthoff, Louise,** 19. J., Tagelöhnerstochter aus Landwehrhagen. Aufnahme: 7./1. 97. Anamnese: Pat. bemerkte im Februar 1896 bei der Arbeit plötzlich Schmerzen im Kreuz, die seitdem nicht mehr verschwanden. S. lag jetzt 6 Wochen in der med. Klinik und war durch die Schmerzen am Gehen und Lastentragen verhindert. Der Buckel, der schon einige Zeit bemerkt war, wurde deutlicher. Status: Mittelgut genährtes Mädchen. Lungen und Herz gesund. Urin frei. Die Dornfortsätze des 1., 2. u. 3. L. W. springen sehr wenig vor, am deutlichsten der des 3. L. W. Dieser ist bei starkem Druck etwas empfindlich. Der Gang ist matt und schleichend. Beim Bücken wird die W. S. fixiert. Kein Absceß. Therapie: Pat. bekommt ein Holzleimkorsett, daß ihr recht guten Halt gewährt und wird am 24./1. entlassen. 20./6. Auf Anfrage: Pat. hat das Korsett ein Jahr lang getragen und war dann vollkommen gesund. Das Allgemeinbefinden ist sehr gut, sie fühlt sich „munter und gesund", und hat seit 97 keinen Arzt zu konsultieren brauchen.

62 **Bruns, Elisabeth,** 2 J., Steinhauerskind aus Holzem b. Eschershausen. Aufnahme: 17./8. 97. Anamnese: Pat. stammt angeblich aus gesunder Familie, und war bis zur jetzigen Erkrankung gesund. Seit 3 Monaten ist den Eltern aufgefallen, daß das Kind den Kopf steif hielt, activ nicht bewegte und gegen passive Bewegungen sich sträubte. Vorgestern bemerkten die Eltern, daß an der Wirbelsäule zwischen den Schulterblättern ein Knoten entstanden sei. Status: Blasses, mäßig genährtes Kind, Temp. normal. Innere Organe gesund. Pat. hält den Kopf nach rückwärts gebeugt steif, das Gesicht gerade nach vorn gericht. Extremitäten frei. Der Hals erscheint hinten auffällig kurz. Die Wirbelsäule zeigt im Bereich des 1. und 2. B. W. eine kyphotische Verkrümmung, die entsprechenden Dornfortsätze prominieren stark, kein Absceß. Therapie: Glissonsche Schwebe mit Extension (3 Pfd.) 31./8. Das Kind hält den Kopf noch ziemlich steif. 2./10. Pat. sitzt jetzt im Bett und bewegt auch den Kopf anscheinend ohne Schmerzen. Hat inzwischen eine otitis externa durchgemacht und sich im allgemeinen gut erholt. 27./10. Pat. wird mit Glissonscher Schwebe entlassen. Soll zu Hause weiter extendieren und zu Bett liegen.

63. **Häuser, Johannes,** $1^3/_4$ J., Zimmermannskind aus Baumbach. Aufnahme: 16./8. 98. Anamnese: Kind immer gesund gewesen. Seit Juni bemerkten die Eltern eine an Volumen immer mehr zunehmende Anschwellung an der unteren Hälfte der Wirbelsäule. Eltern gesund. Status: Mittelgut genährter Knabe von blassem Aussehen. Thorax faßförmig, Bauch ziemlich aufgetrieben. In den inneren Organen nichts Abnormes. Keine Anzeichen von Rhachitis. Sowohl in der Inguinalgegend als auch am Halse zahlreiche Drüsen. Im unteren Brustteil sieht man in einer Ausdehnung von ca. 8 cm eine Kyphose; die rechte hintere Thoraxpartie ist stärker aufgetrieben. In der Lendengegend eine Skoliose nach links, die sich bei Suspension etwas ausgleicht. 5./9. Mit Gipsbett entlassen. 12./6. 04. Status auf Anfrage: Gesundheitszustand ist gut. Die Verkrümmung der W. S. ist größer geworden, ebenso auch die hintere rechte Brusthälfte. Korsett wird nicht getragen; es besteht kein Husten und kein Absceß.

64. **Langhage, Anna,** $5^1/_2$ J., Gärtnerskind aus Wellersen b. Mark-

oldendorf. Aufnahme: 2./5. 98. Anamnese: Herbst 1896 hatte Pat. Masern und soll sich seitdem nicht recht erholt haben. Januar 1897 ist der Rücken krumm geworden. Bis März 98 wurde sie in dem Kinderhospital in Hannover wegen multipler Tbc. operativ behandelt. Vater wünscht Anfertigung eines Korsetts, verweigert sonstige Eingriffe. Status: Mittelmäßig genährtes Kind. Am linken Fußrücken und hinter dem äußeren Knöchel ausgedehnte Längsnarben; an ersterem noch eine kleine fluctuierende Stelle, hinter letzterem eine eben solche und eine speckig aussehende Granulationsfläche. Sehnenscheiden tbc. Keine Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen. Gedämpfte Lungenpartien, Atmung bronchial, feuchtes Rasseln. Kein Fieber. Herz gesund. Hinter dem rechten Ohr Aufmeißelungsnarbe zur Eröffnung des proc. mast. Daselbst secernierende Fistel. Die B. W. S. ist stark kyphotisch. Beteiligt sind der 9.—12. B. W. und 1. L. W. Kein Senkungsabsceß in der Ileocoecalgegend. An der Rückseite des Oberschenkels mehrere vernarbte Längsincisionen. Pat. kann nicht aufrecht sitzen, stützt sich auf die Hände, W. S. sehr schmerzhaft. 9./5. Ruhige Rückenlage. Da die Eltern Operationen verweigern, nur ein Korsett angefertigt haben wollen, wozu das Kind absolut ungeeignet ist, wird es den Eltern wieder anvertraut. 8./6. 04. Status auf Anfrage: Der allgemeine Gesundheitszustand ist sehr gut. Inzwischen wiederum in Hannover an einem Sehnenscheiden tbc. behandelt. Die Wirbelsäulenverkrümmung ist dieselbe geblieben. Kein Absceß, wenig Husten.

65. **Pengel, Frieda,** 6 J., Hoboistenkind aus Minden i. W. Aufnahme: 13./9. 98. Anamnese: Vater gesund, Mutter an Krämpfen leidend. Kind bis zum 5. Jahr gesund gewesen. Seitdem hat sich Schwächegefühl eingestellt, es lief nicht mehr herum, konnte aber, wenn auch nur wenig, bis jetzt gehen. Status: Blasses, sonst aber leidlich genährtes Kind, mit deutlicher Kyphose in der Lumbalgegend, die besonders vom 2., 3. und 4. L. W. gebildet wird. Gang unsicher und schonend. W. S. wird fixiert gehalten, Hände werden auf die Oberschenkel gestützt. Drüsen im Nacken und in der Leistenbeuge fühlbar. In den inneren Organen nichts Abnormes. 20./9. Therapie: Da die L. W. S. auf Druck nirgends schmerzhaft ist, wird ein Gipskorsett angefertigt. 28./9. Status idem. Gipsbett. 5./10. Dem Vater Anweisung zur Lüftung des Gipsbettes erteilt und Pat. entlassen. 13./6. 04. Status auf Anfrage: Die jetzt 12 J. alte F. P. hat sich körperlich und geistig gut entwickelt. Größe 1,35 m. Gewicht 76 Pfund. Gesundheitszustand gut. Der Gibbus besteht noch in der Größe eines kleinen Hühnereis. Vorwärtsbeugen des Rumpfes mit gestreckten Armen ist bis zu einer Entfernung von 10—15 cm der Fingerspitzen vom Fußboden möglich. Ein nach Maß verfertigtes, gepolstertes Korsett wurde nicht vertragen. Der Husten war anfangs heftig, hat sich aber nach dem Wohnungswechsel der Eltern aus der Stadt aufs Land ganz verloren. Pat. wird von den Eltern fleißig zu gymnastischen Uebungen angehalten.

66. **Thon, Lina,** $1^{3}/_{4}$ J., Landwirtskind aus Hartmuthsachsen bei Waldkappeln. Aufnahme: 17./8. 98. Anamnese: Kind früher immer gesund, konnte plötzlich vor 5—6 Wochen nicht mehr gehen. Nach 8 Tagen kehrte die Fähigkeit zu gehen wieder, aber nicht vollkommen wie früher. Damals hat der Arzt 8 Tage lang Kopfextension angewandt. Vor 14 Tagen wurde der Kopf schief, darum von neuem Extension verordnet, die bis gestern gelegen hat. Eltern gesund. Status: Mittelgut genährtes Kind von bräunlicher Hautfarbe. In den inneren Organen nichts Abnormes. Im oberen Teil der B. W. S. besteht eine Kyphose in einer Ausdehnung von 4—5 cm. Sonst keine auffallenden Veränderungen der W. S. Gang ist unsicher und stampfend; knickt in den Knieen durch. Sensibilitätsprüfung ergebnislos. 12./9. Therapie: Status idem. Gipsbett. 5./10. Lage im Gipsbett wird gut ertragen. Wirbelsäule nirgends druckempfindlich. 6./10. Mit Gipsbett entlassen. 21./12. Gang fast normal, Kind bückt sich gut, Kopf nach allen Seiten beweglich, deutliche Kyphose nicht vorhanden. Wirbelsäule nicht druckempfindlich. 9./6. 04. Status auf Anfrage:

Gesundheitszustand ist sehr gut, kein Absceß vorhanden. Es wird kein Korsett mehr getragen. Wegen Icterus behandelt.

67. **Wulze, Willi,** $7^3/_4$ J., Arbeitersohn aus Bartholfelde b. Osterhagen. Aufnahme: 9./9. 97. Anamnese: Eltern und Geschwister gesund. Pat. hat vor zwei Jahren Masern gehabt und im Anschluß daran soll sich langsam ein Buckel gebildet haben. Er ist vielfach wegen multipler Hauttbc. operativ behandelt. Status: Blasser, mäßig genährter Knabe. Kein Fieber. An beiden Halsseiten zahlreiche kleine Drüsen. Am linken Unterkieferende, am Schulterblattwinkel links, am linken Oberarm und Unterarm 10 Pfennig große Hauttuberculosen. Die Wirbelsäule weist eine Kyphose auf, dieselbe ist spitzwinklich, beträgt etwa 135°, sie wird gebildet vom 8. B. bis 5. L. W. Ihren Scheitel besitzt der 1. L. W. Pat. kann gut sitzen, auch Gegenstände heben, im Stehen stützt er die Hände auf die Oberschenkel. Druck auf den Gibbus, wie Schlag auf den Kopf sind nicht schmerzhaft. Viel Husten, auf der Lunge nichts nachzuweisen. Urin frei. 20./9. Husten nach Darreichung von Spec. pect. und Prießnitz nachgelassen. Die Hauttuberculosen werden in Chloroform-Narkose exstirpiert, Drainagen-Verband. 25./9. Reactionsloser Wundverlauf. 28./9. Operationswunden vernarbt, Patient erhält ein gutsitzendes Holzkorsett. 30./9. Nach Hause entlassen. 10./6. 04. Ist in einer Erziehungsanstalt gestorben.

68. **Wunstorf, Johanne,** $23^3/_4$ J., Arbeiterstochter aus Wrisbergholzen b. Alfeld. Aufnahme: 9./3. 98. Anamnese: Ihre Mutter und eine Schwester starben an Schwindsucht. Sie selbst war immer schwächlich, aber nie ernst krank. Vor ca. 7 Jahren begannen Steifigkeit und Schmerzen im Nacken. Bald darauf stellten sich Schluckbeschwerden ein. Flüssigkeit kam durch die Nase zurück. Sprache wurde näselnd; vor 6 Jahren Schwäche im linken Arm und beiden Beinen, gelähmt war sie nie. Schluck- und Sprachbeschwerden bestehen noch. Die Nackensteifigkeit und beschränkte Beweglichkeit des Kopfes besserte sich. Vor 3 Jahren ist Pat. auf den Kopf gefallen, hat nach dem Fall nicht gebrochen, war nicht bewußtlos, nicht gelähmt. Sehen und Hören stets gut. Status: Aeußerst blaß und elendes Mädchen. Innere Organe nicht erkrankt. Urin frei. Pat. hält den Kopf in der Mitte aber nach vorn geneigt, seitliche Bewegung ziemlich frei, vollkommene Beugung unmöglich. Rückwärtsbeugen ist schmerzhaft. An der H. W. S. prominieren die Dornfortsätze des 3. und 4., der des 5. ist nicht zu fühlen, dagegen treten der des 6. und 7. wieder stark hervor, besonders der des 7., alle in der Mittellinie. Im Halse ist an der hinteren Rachenwand in Höhe des Zungengrundes eine ziemliche Hervorwölbung, welche sich hart anfühlt und offenbar die lordotische H. W. S. ist. Oberhalb derselben tritt die hintere Rachenwand auffallend weit zurück, so daß sich beim Phonieren der hintere Rand des Velum palatinum nicht an sie anlegt. 11./3. Therapie: Glissonschwebe 5 Pfund. 13./3. Gewicht auf 7 Pfund erhöht. 17./3. Erhöhung des Gewichts auf 9 Pfund. Pat. spürt keine Besserung der Schluckbeschwerden. 7./4. Pat. klagt noch mehr über Schluckbeschwerden. Der erkrankte Wirbelkörper springt jetzt noch mehr vor, so daß für Luft und Speise nur eine sehr enge Passage übrig ist. 15./5. Entlassen, da die Kasse nicht länger zahlen will. 8./6. 04. Auf Anfrage: Patient verstorben.

69. **Becker, Andreas,** 2 J. 7 M., Schmiedeskind aus Eschwege. Aufnahme: 17./1. 98. Anamnese: Mutter gesund, Vater augenkrank. Der Junge bekam im Alter von $^1/_4$ Jahr einen Ausschlag. Im letzten Jahr wurden Drüsen am Hals bei ihm exstirpiert. Vor 14 Tagen bemerkten die Eltern, daß der Rücken krumm wurde. Status: Der Knabe hat eine Hypospadie und Kryptorchismus. Nabelring geöffnet, für einen Bleistift durchgängig. Herz und Lungen gesund. Der proc. spin. des 9. B. W. springt stark, der des 10. etwas weniger stark vor. Der dadurch bedingte Buckel bildet einen Winkel von ca. 150°. Vom 9. B. bis zum 2. L. W. ist die W. S. etwas nach links skoliotisch. An Stelle der normalen B. W. S.-Lordose findet sich eine leichte Kyphose. Keine

Druckempfindlichkeit, keine Senkungsabscesse. Der Junge ist beim Sitzen unsicher und stützt die Hände auf die Knie. 6./2. Patient erhält ein Gipsbett. 10./2. Mit demselben entlassen. 7./6. 04. Anfrage zurück, nicht zu ermitteln.

70. **Becker, Dora,** 6 J. 3 M., Arbeiterskind aus Göttingen. Aufnahme: 25./2. 99. Anamnese: Aus gesunder Familie stammendes sonst gesundes Mädchen. Seit Ostern bemerkten die Eltern einen Vorsprung am unteren Halsende. Wegen der Wirbelsäulenerkrankung von der Poliklinik zu Hause Streckverband verordnet. Status: Gesund aussehendes, gut genährtes Mädchen. Geschwollene Drüsen in den Kieferwinkeln und in den Leistenbeugen. Herztöne rein, Lungen gesund. Halswirbelsäule zieml. stark lordotisch; der proc. spin. des 2. u. 3. B. W. springt stark vor; von da ab ist die B. W. S. etwas lordotisch. Unterer Teil der B. W. S. und L. W. S. ist bogenförmig verkrümmt. Bewegungen H. W. S. sind frei, die Nickbewegungen nicht ganz, so daß das Kinn nur mit Mühe der Brust genähert werden kann. Keine Druckempfindlichkeit, kein Absceß. 10./2. Therapie: Anfertigung eines Filzkorsetts, welches die B. W. S. extendiert und eine Stütze für Kinn und Hinterkopf besitzt. 12./2. entlassen.

71. **Halstenberg, Charlotte,** 11 J. 11 M., Arbeiterskind aus Amhausen b. d. Porta, Westph. Aufnahme: 14./11. 98. Anamnese. Im Frühjahr klagte das Mädchen über Schmerzen in den Beinen und im Leibe, später auch im Rücken. Von der Entstehung des Gibbus wissen die Eltern nichts. Eltern gesund, Kind sonst auch gesund. Status: Schlecht genährtes, geistig zurückgebliebenes Kind, schielt rechts, Pupillen groß, reactionslos. Es liegt auf die Ellenbogen gestemmt im Bett. B. W. S. etwas nach links skoliotisch. Thorax hinten links etwas stärker gewölbt. Die L. W S. bildet einen spitzwinkligen Gibbus, der vom letzten B. W. und den ersten fünf L. W. gebildet wird. Auf dem Scheitel liegen der 3. bis 5. L. W. Die Haut über dem Gibbus ist gerötet. Der Gibbus selbst ist schmerzhaft im Sitzen, Stehen und bei Druck im Liegen auf der Unterlage. Das Becken ist nach hinten gesenkt, der Bauch vorgestreckt. Hüftgelenke frei. Keine Senkungsabscesse. Herz normal, Radialpuls verschieden stark. Lungenschall über der linken Spitze gedämpft, in beiden Spitzen feuchtes Rasseln. 15./12. Therapie: Um Pat. das Aufstehen und Gehen zu ermöglichen, bekommt sie ein Gipskorsett, das unter den Armen beginnt und den link. Oberschenkel mit einschließt. 16./12. Pat. ist außerhalb des Bettes und geht ohne Schmerzen. 19./12. entlassen.

72. **Heitkam, Louise,** 47 J., Landwirtsfrau aus Luterode b. Callinburg. Aufnahme: 3./1. 99. Anamnese: Seit vier Jahren hat sich allmählich ein Gibbus gebildet. Im Frühjahr 98 stellten sich Schmerzen im Kreuz, in der Lendengegend und im Rücken ein. Zugleich fiel das Gehen schwer, bis Pat. von Pfingsten an das Bett nicht mehr verlassen konnte. Vor jener Zeit gesund gewesen. Mutter an Nervenfieber, Mann an Lungenkrankheit gestorben. Ihr Vater und zwei Kinder gesund. Bevor die Lähmung der Beine sich einstellte, hatte die Frau Ameisenkriechen darin, welches sich jetzt verloren hat. Status: Sehr magere Frau, Sternum winklich geknickt, Thorax eingesunken, schmal, unregelmäßig, die unteren Rippen liegen den Darmbeinschaufeln auf. An der W. S. springt der 12. B. W. und noch mehr der 1. L. W. deutlich vor, weniger der 9., 10. u. 11. B. W. und der 2. L. W. Der Gibbus bildet einen stumpfen Winkel von 140°. Im übrigen ist die W. S. gradlinig, die normale Kyphose der B. W. S. fehlt. Keine Druckempfindlichkeit, dagegen Gürtelgefühl in der Gegend des letzten Lenden-W. Keine Sensibilitätsstörungen bis zu den Knöcheln, am Fußrücken und Sohle Sensibilität herabgesetzt. Beide Beine werden in toto von der Unterlage activ abgehoben, der Unterschenkel am abgehobenen Bein gestreckt. Bewegungen der Füße und der Zehen nur sehr unvollkommen. Kein Fußklonus, kein Kniephänomen. Keine Senkungen. Keine Blasen- und Mastdarmstörungen, nur zuweilen will die Frau unwillkürlich Stuhlgang haben. Passive Bewegungen mit

Fuß und Zehen ohne Widerstand auszuführen. 6./1. Die Frau wird auf ihren und ihres Schwagers Wunsch ohne Therapie nach Hause entlassen. 11./6. 04. Auf Anfrage: Ist vor 3 Jahren gestorben, hat keine Abscesse bekommen, nur zuletzt geschwollene Beine gehabt. Ein Arzt wurde nicht zugezogen.

73. **Herold, August**, $^{3}/_{4}$ J., Maurerkind aus Reinholdsach b. Bodenroda. Aufnahme: 2./5. 99. Anamnese: Die Eltern bemerkten gleich nach der Geburt ein Vorspringen der oberen Lendenwirbelsäule. 2 Kinder leben und sind gesund, zwei sind in frühester Jugend gestorben, eines davon an Auszehrung. Mutter gesund, Vater leidet an Asthma. Status: Gut genährtes Kind, Gibbus in der Gegend der oberen B. W. S., in beiden Leistengegenden etwas geschwollene Drüsen. Stärkeres Vorspringen bestimmter Dornfortsätze nicht zu konstatieren; keine Senkungsabscesse. 12./5. Auf Wunsch der Eltern ohne Therapie entlassen. Später ist Pat. mit Rauchfußscher Schwebe und Korsett behandelt. Jeden Morgen gebadet. 20./4. 01. Pat. wird heute wieder vorgestellt. In der L. W. S. keine Veränderung. Gut genährter kräftiger Knabe, läuft und springt ohne Beschwerden. Die Mutter hat den Jungen bis zum Herbst am Tage mit Korsett, Nachts mit Rauchfußscher Schwebe behandelt. 9./6. 04. Status auf Anfrage: Der allgemeine Gesundheitszustand ist gut, Pat. noch nie krank gewesen. Es besteht kein Gibbus, kein Absceß und kein Husten. Ein Korsett wird nicht getragen.

74. **Hahnelt, August**, $2^{1}/_{2}$ J., Arbeiterskind aus Hoekelheim b. Northeim. Aufnahme: 11./6. 99. Anamnese: Den Eltern aufgefallen, daß der Junge seit einiger Zeit nicht mehr gut laufen kann. Beim Stehen und Gehen heftige Schmerzen, die beim Sitzen geringer werden. Eltern gesund. Von zwei Geschwistern ist das eine gesund, das andere hat eine Lungenentzündung gehabt und leidet eben an Gehirnentzündung. Status: Ziemlich kräftiger Junge ohne Oedem und Narben. Leib etwas aufgetrieben. Lungen gesund, Drüsenanschwellung in der Supraclaviculargrube bis zu Bohnengröße. Hüftgelenk frei; Wirbelsäule auf Druck, sowie auf Schlag von oben nach unten nicht druckempfindlich. Stehen und gehen schmerzhaft. Wirbelsäule wird beim Bücken fixiert gehalten. Bei genauer Betrachtung erblickt man ein leichtes Vorspringen des Dorns des 12. B. W., auch ist derselbe druckempfindlich. Therapie: Extension an beiden Beinen, Gegenextension am Kopf. 29./6. Gipsbett mit Schellacküberzug, in dem der Junge gut liegt. 12./7. Mit Gipsbett entlassen. 9./6. 01. Auf Anfrage nirgends zu ermitteln.

75. **Nütze, Dora**, 1 J. 11 M., Zimmermannskind aus Wollbrechtshausen. Aufnahme: 14./1. 98. Anamnese: Kind aus gesunder Familie, sonst gesund. Pfingsten bemerkten die Eltern beim Waschen des Kindes einen Gibbus, der allmählich noch etwas größer wurde. Status: Wohlgenährtes, gesund aussehendes Mädchen. Herz gesund. Ueber den Lungen an einigen Stellen pfeifende Geräusche. Temperatur normal. Am Halse und an den Kieferwinkeln geschwollene Drüsen. Ebenso in den Ingenialgegenden. Die Dornfortsätze des 6. bis 8. B. W. springen stärker vor und bilden einen Gibbus von ca. 150°, dessen Scheitel der 7. B. W. bildet. Keine Senkungsabscesse. Die Lenden W.-S. ist anstatt lordotisch etwas kyphotisch. Die W. S. ist stark schmerzhaft, bei aufrechter Stellung und Bewegungen. Keine Anzeichen von Rhachitis. Therapie: Bettruhe, gute Ernährung. 18./1. Rauchfußsche Schwebe. 6./2. Entlassung mit Rauchfußscher Schwebe. 8./6. 04. Status auf Anfrage: Pat. ist am 15./3. 99. an der Krankheit gestorben. Angeblich soll die Wirbelsäule beim Husten durchgebrochen und der Tod in 30 Minuten eingetreten sein. In letzter Zeit war der Bauch durch Eiteransammlung aufgetrieben, und Pat. ist wegen des Absceß in ärztlicher Behandlung gewesen.

76. **Nolte, Auguste**, 9 J., Fabrikarbeiterskind aus Wangelnstedt b. Stadtoldendorf. Aufnahme: 25./7. 99. Anamnese: Vor 8 Wochen Schmerzen im Bein, die wieder verschwanden. Dann wegen Schmerzen im Rücken

vom Arzt hierher geschickt. Sonst gesund gewesen, Eltern und 2 Geschwister gesund. Status: Schwächliches Mädchen mit erbsengroßen Drüsenanschwellungen an der rechten und linken Halsseite. Schmerzhaftigkeit in der Gegend des 4. u. 5. L. W. Druck auf die Dornfortsätze dieser Wirbel sehr schmerzhaft. Geringe Schwellung zu beiden Seiten derselben. In der linken unteren Brustseite, in der Höhe der spin. il. ant. sup. fühlt man eine gewölbte deutlich fluctuierende Resistenz. Ueber den Scapulis hat der Lungenschall tympanitischen Beiklang. Therapie: Lagerung auf elastischem Bett, Ruhe. 2./9. Anfertigung eines Gipsbettes. 16./9. Mit Gipsbett entlassen. 27./6. 04. Auf Anfrage: Pat. ist nach der Entlassung scheinbar gesund geworden, aber nach zwei Jahren gestorben. Eine Verkrümmung der Wirbelsäule ist aufgetreten und ein Absceß hat sich spontan an der Innenseite des linken Oberschenkels „in der Nähe der Geschlechtsteile", entleert. Es bestand ein „trockener Husten", der Tod trat unter „Krämpfen" ein. Pat. wurde von Herrn Dr. Schatz in Eschershausen behandelt.

77. **Rindermann, Friederike,** 8 J. 9 M., Arbeiterskind aus Mengelrode bei Heiligenstadt. Aufnahme: 18./1. 99. Anamnese: Aus gesunder Familie stammendes Mädchen. Vor kurzem Gelenkrheumatismus. Ostern 1898 bemerkten die Eltern, daß das Kind den Kopf schief halte; mit der Zeit wurde der Kopf immer mehr nach vorn und nach der linken Seite gehalten. Status: Wohlgenährtes, gesund aussehendes Mädchen. Dasselbe hält den Kopf etwas nach der linken Seite gedreht. Nickbewegungen werden gut, Drehbewegungen nach links vollkommen, nach rechts beschränkt ausgeführt. Seitliche Beugung nach rechts gut, nach links nicht möglich. Lendenwirbelsäule verläuft gestreckt, B. W. S. etwas nach r. skoliotisch. Hals-W. S. nach links ausgebogen. Keine Schluckbeschwerden, keine Senkungsabscesse. Beim Betasten der W. S. vom Rachen aus fühlt man in der Höhe des harten Gaumens einen scharf vorspringenden Wirbelkörper, besonders nach rechts ist eine sehr scharfe Kante zu fühlen. Herz nach r. verbreitert, Töne rein. Lungen hinten r. oben gedämpfter Schall, in den Spitzen trockene Rhonchi. Therapie: Besteht in der Behandlung mit Filzkorsett, welches Brust, Hals, Kinn und Hinterkopf einschließt. Der Kopf wird durch dasselbe nach rechts gedreht, und etwas nach hinten übergebeugt. 13./2. Mit gutsitzendem Korsett entlassen, dasselbe ist durch Stahlschienen verstärkt. 11./6. 04. Status auf Anfrage: Der allgemeine Gesundheitszustand ist gut. Eiterung ist nicht eingetreten, ein Korsett wird nicht getragen, Husten ist nicht vorhanden, auch hat keine ärztliche Behandlung stattgefunden.

78 **Wilhelm, Johannes,** $2^3/_4$ J., Schmiedessohn aus Erdmannrode (Hersfeld). Aufnahme: 23./1. 99. Anamnese: Aus gesunder Familie, sonst gesund. Seit 8 Wochen bemerkten die Eltern einen Vorsprung im Rücken des Kindes. Dabei klagt das Kind über Schmerzen in der Brust. Im Alter von $^3/_4$ Jahren 2 Mal wegen lymphomata colli operiert. Status: Ziemlich kräftiger Knabe, an der l. Halsseite zwei Narben. Vor, hinter und unter dem Sternocleidomastoidens l. geschwollene Drüsen. Herz gesund. Hinten oben links bronchitische Geräusche. Die B. W. S. ist stark lordotisch, dann folgt eine leichte, ziemlich spitzwinklige Kyphose des oberen Teiles der B. W. S., deren Spitze der 3.—5. B. W.-Dornfortsatz angehört. Darunter ist die B. W. S. leicht lordotisch, während L. W. S. und untere B. W. S. vom 10. B. W. an eine Kyphose bilden. Beim Bücken stützt Pat. die Arme auf die Oberschenkel, keine Schmerzhaftigkeit, keine Senkungsabscesse. 6./2. Stenosenerscheinungen und Atembeschwerden. Keine Schluckbeschwerden und kein Retropharyngealabsceß. 7./2. Alle Erscheinungen einer acuten Bronchitis, die am 20./2. zur Ausheilung kommt. 4./3. Gipsbett mit Filz gepolstert. Pat. auf dasselbe mit Flanellbinden festgewickelt. 17./3. Entlassen mit Gipsbett. 13./6. 04. Status auf Anfrage: Allgemeinbefinden gut. Verkrümmung der W. S. ist nicht eingetreten, es wurde kein Korsett getragen. Wenig Husten. Pat. ist inzwischen 16 Wochen in Hersfeld an einer nicht angegebenen Krankheit behandelt.

79. **Hawuschild, Emil,** $6^1/_2$ J., Tischlerskind aus Wrescherode b. Gandersheim. Aufnahme: 5./6. 00. Anamnese: Im Alter von $^1/_4$ Jahr fiel Pat. aus dem Fenster, ohne Schaden zu nehmen. Im 1. Jahre bildete sich ein Buckel und Pat. bekam in der Poliklinik ein Korsett, das er $1^1/_2$ Jahre getragen hat. In den letzten 2 Jahren war er in keiner ärztlichen Behandlung. Status: Blasses Kind, auf den Lungen keine nachweisbaren Veränderungen. Eine sehr starke spitzwinklige Kyphose der B. W. S., die in letzter Zeit stärker geworden ist. Inguinaldrüsen geschwollen. Links oberhalb der Lig. Poupartii in der Tiefe vermehrte Resistenz. Bei Druck auf dieselbe wölbt sich unter dem Lig. Poup. eine Wallnuß große Schwellung vor, welche fluctuiert. 6./6. Auf Wunsch der Mutter heute ohne Therapie nach Hause entlassen. 11./6. 04. Pat. ist vor 2 Jahren an Tuberkulose mit starker Eiterung an der Hüfte gestorben. Eine Verkrümmung der Wirbelsäule hat sich nicht eingestellt. Dr. Zimmer, Gandersheim.

80. **Hilke, Emilie,** 19 J., Zimmermeisterstochter aus Adelebsen. Aufnahme: 10./10. 00. Anamnese: Mit 12 Jahren hatte Pat. Gelenkrheumatismus. Seit Weihnachten will sie durch schwere Arbeit einen schiefen Rücken bekommen haben. Im Frühjahr linksseitige Pleuritis. Dann bekam sie Schmerzen im Genick, und konnte den Kopf nicht bewegen. Status: Etwas schmächtiges Mädchen. Brustorgane nachweislich nicht erkrankt. B. W. S. ist rechtsskoliotisch verkrümmt. Kopf wird vollkommen steif gehalten, Bewegungen fast unmöglich, selbst der Versuch dazu schmerzhaft. Das Kinn tritt nach vorn. Die Sternocleidomast sind stärker gespannt und der Kopf ist leicht nach vorn verschoben. Druck auf den Kopf schmerzhaft. Der Atlas tritt ziemlich scharf nach hinten hervor und ist druckempfindlich. Bei der Untersuchung vom Rachen aus, erscheint die W. S. nach vorn stärker gekrümmt. Pat. spricht durch die Nase wegen adenoider Wucherungen. Therapie: Extension mittels Glisson-Schlinge. 7./11. Extension gute Dienste geleistet. Schmerzen und Steifigkeit im Hals verschwunden. Bewegungen leicht und ausgiebig möglich, Anfertigung einer Celluloidcravatte. Entlassen. 11./6. 01. Status auf Anfrage: Allgemeinbefinden ist ziemlich gut. Hat $1^1/_2$ Jahr die Cravatte getragen und es hat sich keine Verkrümmung der W. S. eingestellt. Leidet nicht an Husten, aber starkem Herzklopfen.

81. **Jordan, Minna,** $2^3/_4$ J., Arbeiterskind aus Delliehausen b. Uslar. Aufnahme: 1./5. 1900. Anamnese: Seit Oktober bemerkten die Eltern, daß das Kind den Kopf steif hält, später trat im Genick eine Schwellung auf, die langsam größer wurde. Pat. lag letzter Zeit zu Bett und konnte den Kopf nicht bewegen. Ein Arzt machte einen Schienenverband, ohne Besserung zu erzielen. Im letzten Jahre hatte Pat. Masern und Lungenentzündung, heute etwas Husten. Status: Ziemlich kräftiges Kind mit gesunden Brustorganen, läuft ganz gut, bewegt den Kopf langsam und wenig ausgiebig. Von vorn gesehen hat das Kind eine scheinbar normale Haltung. Am Uebergang der H. in die B. W. S. besteht ein starker spitzwinkliger Gibbus, dessen Scheitel der Dorn des 6. H. und 1. B. W. bilden. Das Hinterhaupt liegt auf diesem Vorsprung, zwischen beiden befindet sich eine tiefe Falte. Passive Nickbewegungen sind schmerzhaft. Hält mit beiden Händen den Kopf fest. Gang unsicher und gespreizt. Kopf etwas nach hinten geneigt. Therapie: Extension am Kopf (1 Pfd.) 15./5. 00. Auf Forderung des Vaters entlassen.

82. **Nölke, Emma Johanne,** 4 J., Weberstochter aus Einbeck. Aufnahme: 24./9. 00. Anamnese: Pat. ist seit einem Jahre erkrankt, und allmählich hat sich eine Lähmung der Beine mit Contractur derselben gegen den Leib herangebildet. Kann ferner das Wasser nicht halten. Seit Februar ging das Kind schief und zog die rechte Hüfte nach. Lag $^1/_4$ Jahr im Bett und wurde ein zweites viertel Jahr im Wagen gefahren. Mutter hatte in der Kindheit Drüsen. Vater gesund. Kind seit zwei Jahren laufen gelernt und hatte im 3ten eine Lungenentzündung. Status: Kräftig entwickeltes Kind, wird von der medizin. Klinik eingeliefert. Auf der linken Hinterbacke 3 Mk.-Stück großer Decu-

bitus; auf der rechten eine Narbe von einem Decubitus. Brustorgane gesund. Beine in den Hüften stark flectiert und können nicht völlig gestreckt werden. Ein Versuch dazu verursacht Schmerzen. Activ keinerlei Bewegungen möglich. Passiv Knie- und Fußgelenke frei beweglich. Füße oedematös geschwollen. Patellarreflexe fehlen. Obere Extremitäten gut beweglich, Sehnenreflexe an ihnen erhalten. Beim Sitzen stützt Patient beide Hände auf die Unterlage. Nimmt man die Hände weg, klagt Pat. über Schmerzen. Kurzer Stoß auf den Kopf ist schmerzhaft. In der Höhe des Scapularwinkels beginnt eine Kyphoskoliose der unteren B. und L. W. S. nach rechts convex. Im Lendenteile ist dieselbe druckempfindlich. Die Sensibilität ist bis zur Höhe der spina ossis ilei erloschen. Läßt Urin und Kot unter sich gehen. Therapie: Extensionsverband. 15./11. 00. In dem Status hat sich absolut nichts geändert. Das Röntgenbild zeigt eine ziemlich erhebliche Krümmung der L. W. S. mit starker Zerstörung der L. W.-Körper. Entlassen.

83. **Schrader, Eva,** $2^1/_2$ J., Maurerskind aus Bodenfelde. Aufnahme: 17./6. 01. Anamnese: Im Oktober vorigen Jahres hat ein Kind die Kleine auf den Rücken fallen lassen; seitdem klagt sie über Schmerzen daselbst. Es soll sich dann eine immer größer werdende Erhöhung gebildet haben. Kann nicht gehen. Pat. hatte nach Ostern die Masern, vorher Stickhusten. Sonst gesund und aus gesunder Familie stammend. Status: Ziemlich spitzwinklige Kyphose im Bereich des 9., 10., 11. u. 12. B. W. Am linken Vorderarm, dicht unter dem Ellenbogengelenk flächenhafte Ausbreitung von Lupus mit teilweiser oberfl. Absceßbildung. 23./6. Therapie: Rauchfußsche Schwebe verordnet, entlassen. 12./6. 04. Auf Anfrage: Einen Monat nach der Entlassung ist Pat. gestorben.

84. **Störk, Gustav,** 5 J., Kaufmannskind aus Lieme in Lippe. Aufnahme: 5./10. 00. Anamnese: Patient klagt seit vorigem Winter über Schmerzen im Leib. Mit Bädern und Medizin behandelt. Vor $^1/_2$ Jahre hat der Arzt eine dicke Stelle am Fuß geöffnet und ein Stück Knochen fortgenommen. Wunde bis heute nicht geschlossen. Seit drei Wochen beginnender Buckel, sonst gesundes Kind, aus gesunder Familie. Status: Kräftiger Junge. Am l. Fuß an der mittleren Zehe eine wenig secernierende Fistel. Am l. Bein noch 4 tbc. Hautstellen. Im unteren Teil der B. W. S. und im Anfang der L. W. S. besteht ein leichter Gibbus, dessen Scheitel vom 1. L. W. gebildet wird. Beteiligt sind der 10.—12. B. W. und der 1.—3. L. W. Nicht druckempfindlich. Pat. kann ohne Unterstützung stehen und gehen. Oberhalb der Lig. Poup. links eine hühnereigroße Geschwulst, keine Contracturen. 10./12. Therapie: Absceß nicht punctiert, Pat. mit Gipsbett am 15./12. entlassen. 14./5. 01. Proceß scheint ausgeheilt. Gibbus nicht druckempfindlich. Gang gut. Kein Absceß. Wird mit Gipsbett und ferner mit Rauchfußscher Schwebe weiter behandelt. 12./8 Wiederaufnahme: Pat. in letzter Zeit ohne Gipsbett behandelt. Gibbus etwas größer geworden, doch nicht druckempfindlich. 19./8. Pat. bekommt ein Gipskorsett und wird entlassen. 13./10. Bei der Abnahme des Korsetts zeigt sich eine starke Druckstelle am Gibbus. Die chirurg. Behandlung wird durch eine in der Augenklinik behandelte Conjunctivitis phlyktaenulosa unterbrochen. Am 27./11. mit neuem Korsett entlassen. 24./1. 02. Wiederaufnahme, Kyphose stärker geworden. Leichter Decubitus auf der Höhe derselben, starke Conjunctivitis. Am 4./2. mit Korsett und Rauchfußscher Schwebe entlassen. 9./9. Wiederaufnahme, da die Kyphose bedeutend stärker geworden; doch bestehen keine Schmerzen. Behandlung in Rauchfußscher Schwebe. 12./11. Status idem. Mit Celluloidkorsett entlassen. 20./7. 03. Wiederaufnahme: Gibbus stärker geworden. Kein Senkungsabsceß. Temp. normal. 28./7. Anlegung eines Gipskorsetts. Suspension gleicht den Gibbus nicht aus 9./8. 03. entlassen. 17./10. Wiederaufnahme: Gibbus verstärkt, kein Senkungsabsceß. Beide Füße geschwollen. Temp. 39,4 C. 19./10. Temp. normal, Anschwellung verschwindet, Urin frei. 23./10. Schwel-

lung verschwunden, Anlegung eines Gipskorsetts. 30./10. entlassen. 8./6. 04. Ziemlich starke Kyphose der B. u. L. W.-Säule. Die Druckstelle auf der Höhe des Gibbus ist nur noch ganz schwach gerötet. Keine Druckempfindlichkeit; in der Leistengegend kein Absceß. Liegt zur Anfertigung eines Korsetts in der Klinik.

85. **Troestram, Eduard,** 8 J., Landwirtskind aus Großengattern b. Langensalza. Aufnahme: 11./6. 01. Anamnese: Vor 3 Monaten wurde bei dem Patienten eine Vorwölbung an der unteren Wirbelsäule bemerkt, ohne daß Pat. vorher über Schmerzen geklagt hätte. Status: Gesund aussehender Knabe. Geringe Kyphose des 2. u. 3. Lendenwirbels, spitzwinklich sich etwa $1^1/_2$ cm über die Rückenfläche erhebend. Keine lokale Schmerzhaftigkeit, auch bei Schlag auf den Kopf nicht. Kein Senkungsabsceß. 2./7. Therapie: Anlegung eines Celluloidkorsetts. 9./7. Entlassen. 10./6. 01. Status auf Anfrage: Allgemeinbefinden gut, es hat sich kein Absceß gebildet, Pat. hat keinen Husten und trägt Stützkorsett, er wird ärztlich behandelt.

86. **Anger, Johanna,** 18 J., Arbeiterstochter aus Clausthal a./H. Aufgenommen: 3./6. 02. Angeblich durch Heben einer Nähmaschine hat Pat. im vorigen Herbst eine Verbiegung der W. S. bekommen. Pat. war in ärztlicher Behandlung und hat zuerst 6 Wochen zu Bett gelegen, später Korsett getragen, dann wieder $^1/_2$ Jahr zu Bett gelegen. Status: Augenblicklich besteht eine Kyphose vom 8. B. bis 1. L. W., außerdem ist eine geringe Torsion zu bemerken in dem Sinne, daß die Proz. transvers. rechtsseits in dieser Partie mehr hervortreten, dagegen links Abflachung besteht. Unterhalb dieses Abschnitts der W. S. eine ziemlich tiefe Lordose. Besonders springen vor der 9., 10. u. 11. proc. spin. Die Schmerzhaftigkeit wird unter den Buckel verlegt. Am Rücken kein Absceß, sowie auch sonst nirgends. 3./6. Therapie: Pat. wird auf ein Betttuch gelegt, daß über 2, an den Betträndern befestigten Brettern gespannt ist und ruht darauf wie in der Rauchfußschen Schwebe. 20./7. Schmerzhaftigkeit der W. S. hat sich verloren. Maßnahme für ein Celluloidkorsett. 26./7. Pat. sieht noch recht blaß aus. Kein abnormer Befund, Appetit gut. Gang ist langsam, der Oberkörper wird dabei ein wenig nach hinten über gehalten. Mit gutsitzendem Celluloidkorsett entlassen. Auf Anfrage: 21./6. 04. Wiederaufnahme. Pat. hat das Korsett bis heute getragen, trotzdem soll die Verbiegung schlimmer geworden sein, im vorigen Jahre trat ein Stillstand ein. Pat. hat nur Schmerzen in beiden Beinen beim Gehen, hält dasselbe bis zur $^1/_2$ Stunde aus. Kann alle leichte Hausarbeit verrichten. Kleines, schwach gebautes, mageres Mädchen. Größe 143 cm. Keine Lungenveränderungen. Systolisches Geräusch an der Herzspitze. Der Oberkörper ist stark nach links abgewichen ca. 20°, und nach rückwärts ca. 25° geneigt. R. Taillendreieck abgeflacht, d. l. ist unten offen. Hochgradige Gibbus vom 7.—12. B. W., größte Prominenz bildet der 8. B. W. D. Der Winkel der Kyphose beträgt ca. 110°. Gleichzeitig besteht eine r. convex skoliotische Verbiegung, deren größte Abweichung ca. 4 cm unterhalb der Spitze des Gibbus liegt. Der Rippenbogen sitzt unmittelbar dem Dornbeinkamm auf. Kein Absceß. 22./6. 04. Da ohne Garantie, entlassen.

87. **Eberlin, Albert,** 4 J., Maurerskind aus Wenzen bei Nausen. Aufnahme: 21./12. 01. Anamnese: Vor drei Jahren bemerkten die Eltern eine Verkrümmung der Brustwirbelsäule im unteren Teil, das Kind soll auch nicht ordentlich haben gehen können. Status: Jetzt sieht man an dem gut genährten, kräftigen Knaben im Bereich des 11.—12. B. W. eine kyphotische, ziemlich stark vorspringende Verbiegung, die auf Druck und auf Schlag auf den Kopf nicht schmerzhaft ist. Absceß ist nirgends zu fühlen. 19./1. 02. Therapie: Da Pat. auch beim Gehen keine Schmerzen hat, so wird er mit Celluloidkorsett entlassen. 11./6. 04. Status auf Anfrage: Das Allgemeinbefinden ist gut. Die Kyphose ist bedeutend stärker geworden. Pat. trägt seit langem kein Korsett mehr, weil er es „nicht ertragen könne". Ein Absceß hat sich nicht gebildet. Es ist starker Husten vorhanden. Pat. wird ärztlich behandelt.

88. **Hoff, Anna,** 2 J., Arbeiterskind aus Gandersheim. Aufnahme: 29./10. 01. Anamnese: Kind ist stets gesund gewesen. Seit Juli dieses Jahres bemerkten die Eltern, daß sich am Rücken eine Vorwölbung bildete. Status. Kräftig entwickeltes gesund aussehendes Kind Ganz minimale Vorwölbung des 11. und 12. B. W. Keine Senkungsabscesse. 3./11. Therapie: Pat. wird mit Rauchfußscher Schwebe entlassen. 23./6. 04. Wiedervorstellung auf Anfrage: Hat 1 Jahr lang die Rauchfußsche Schwebe als Korsett getragen, dann ohne Korsett geblieben. Gibbus hat sich bedeutend vergrößert. Allgemeinbefinden gut. Keine Schmerzen. „Taucht" beim Bücken, und stützt sich beim Aufrichten mit der l. Hand auf d. l. Oberschenkel. Hochgradiger Gibbus der B. W. S., dessen Scheitel, der 9. B. W. D., 8 cm weit vorspringt. Winkel ca. 130°. Oberkörper ca. 20° nach hinten übergeneigt, hochgradig convexe Skoliose des Gibbus. Kein Absceß, keine Lähmung. Korsett empfohlen.

89. **Koch, Louise,** 6 J., Landwirtstochter aus Hiddesen. Aufnahme: 5./8. 02. Anamnese: Pat. im Februar auf den Rücken gefallen. Bald darauf bildete sich eine Verkrümmung der Wirbelsäule aus. Pat. hat ein Korsett getragen, jedoch ohne Heilerfolg. Seit Mai klagt sie über Schmerzen in der linken Leistengegend. Status: Es besteht eine Kyphoskoliose nach links an der unteren Brustwirbelsäule; die drei untersten B. W.-Dornen treten stark hervor. Compensatorische Skoliose (Convexität nach rechts) der L. W.-Säule. Oberhalb des linken Poupartschen Bandes fühlt man eine hühnereigroße Resistenz. Beweglichkeit beider Beine vollkommen frei, keine Contracturen. 10./8. 02. Therapie: Mit Rauchfußscher Schwebe zur Weiterbehandlung nach Hause entlassen.

90. **Sumburg, Carl,** 6 J., Weichenstellerskind aus Niederhone. Aufnahme: 28./1. 02. Anamnese: Vor 4 Wochen bemerkten die Eltern, daß der bis dahin gesunde Knabe, welcher in früheren Jahren nur Masern gehabt haben soll, das linke Bein mehr und mehr flectierte und über Schmerzen in der l. Leistengegend klagte. Seitdem liegt der Knabe im Bett. Status: Der linke Oberschenkel steht in einem Winkel von 110° flectiert und kann activ und passiv bis an den Leib gebracht werden. Streckung ist nur unter Wölbung der Lendengegend möglich. Ad- und Abduction ist frei und ohne Schmerzen in der Hüfte. Ueber dem linken Lig. Poupartii fühlt man in der Tiefe deutliche Resistenz, die äußerst schmerzhaft zu sein scheint. An der W. S. keine Veränderungen nachweisbar, keine Deformität, kein Druckschmerz. Therapie: Pat. wird in Rauchfußsche Schwebe gelegt. 9./2. Auf Wunsch der Eltern wird Pat. mit der Schwebe entlassen. 11./3. Wiedervorstellung: Kein Gibbus, Senkungsabsceß ist bedeutend kleiner geworden, doch fühlt man noch geringe Resistenz in der Tiefe über dem l. Lig. Poupartii, keine Flexionsstellung des Beines. Allgemeinbefinden gut. Pat. soll weiter mit Rauchfußscher Schwebe behandelt werden. 27./7 Wiedervorstellung. Wirbelsäule normal. Psoasabsceß verschwunden. Knabe läuft, ohne irgend welche Beschwerden zu haben. Soll nachts in Rauchfußscher Schwebe liegen. 10./6 04. Status auf Anfrage: Das Allgemeinbefinden ist gut, nur manchmal Appetit mangelhaft. Die Wirbelsäule ist gerade, der Absceß verschwunden. Korsett wird nicht getragen.

91. **Tappe, Frieda,** 1 J. 7 M., Schuhmacherskind aus Billerbeck. Aufnahme: 16./9. 1902. Anamnese: Seit 6 Monaten haben die Eltern eine Vorwölbung an der Halswirbelsäule entsprechend der Lage des 7. H. W. bemerkt. Jetzt findet man am Uebergang der H. W. S. zur B. W. S. den Dornfortsatz des 1. B. W. deutlich vorspringen; infolge dessen wird der Cervicalwirbel dellenartig vorgebuchtet. Nirgends besteht größere Schmerzhaftigkeit. Kein Absceß vorhanden. Das Kind ist bisher ruhig umhergelaufen. 11./11. Therapie: Mit Extension bislang behandelt. Korsett mit Jurymast bestellt. 18./11. Bei Bewegungen (Heben aus dem Bett) klagt Pat. über Schmerzen. Mit Jurymast und Korsett entlassen. 13./6 04. Nachuntersuchung: Zustand bedeutend verschlimmert. Weinerliches Kind, stützt das Kinn mit den Händen, hält den Kopf

etwa um 30° nach links und nach vorn übergeneigt. Die Verkrümmung der H. u. B. W. S. ist bedeutend schlimmer geworden, sie erstreckt sich vom 7. H. W. bis zum 3. B. W., den Scheitel bildet der 2. B. W. Der Winkel der Kyphose beträgt ca. 110°. Absceß ist nicht nachzuweisen. Hat zu Hause bis auf einige Male das Korsett überhaupt nicht getragen, da der Zustand erträglich war. Ostern stellte sich unter Husten der augenblickliche klägliche Zustand ein. Sofortige Wiederaufnahme empfohlen.

92. **Hermann, Heinrich,** $12^{10}/_{12}$ J., Arbeitersohn aus Moringen. Aufnahme: 17./12. 96. Anamnese: Pat., dessen Eltern und 3 Brüder vollständig gesund sein sollen, will im letzten Frühjahr vor 2 Jahren von einem Mädchen rückwärts auf den Boden geworfen sein, wobei er das linke Bein unter sich bekommen habe. Nach zweimaligem späteren Fallen, einmal auf dem Gesäß, das andere Mal auf das l. Bein, hat sich dann eine Kniegelenkstbc. d. l. Knie entwickelt, wegen welcher Pat. hauptsächlich in die Klinik gekommen und behandelt wird. Seit etwa 1 Jahr will er einen Buckel haben, den er auf seinen hinkenden Gang zurückführt. Keinerlei Beschwerden dadurch. Status: Gut entwickelter, leidlich genährter Junge ohne Fieber und ohne Erkrankung der Brustorgane. Urin frei. Er hat einen sehr starken, etwa faustdoch prominierenden Buckel, der von den Dornfortsätzen des 9., 10., 11. und 12. B. W. gebildet wird. Die nächst oberen B. W. prominieren noch etwas, weiter nach oben ist die B. W. S. jedoch lordotisch. Keine Druckempfindlichkeit, kein Absceß, keine Lähmung. Ferner bietet Pat. den Status eines **Fungus genus. sinister.** Die inguinalen Lymphdrüsen sind zahlreich und vergrößert. 21./12. Therapie: Betrifft in erster Linie den **Fungns genus.** durch Injektion von Jodoformglycerin und Extension mit Königschen Schlitten (6 Pf.) Diese Behandlung zieht sich klinisch wie ambulant bis 17./5. 97 hin, wo Patient wieder aufgenommen wird, um endlich ein Korsett zu bekommen, nach einem Gypsmodell gearbeitet. 29./5. Mit gutsitzendem Korsett entlassen. Pat. geht an zwei Stöcken wegen eines kranken Knies. 16./7. Wiedervorstellung. Pat. erkennt den Nutzen des Korsetts, er kann ohne dasselbe nur schlecht gehen. 15./8. 00. Bekommt Patient ein neues Korsett. 16./6. 04. Wiedervorstellung. Sehr starker Gibbus der B. W. S., der einen Winkel von ca. 90° bildet. Haut über demselben ist gerötet, aber nicht entzündet. Schlag auf den Kopf ist nicht schmerzhaft, auch besteht nirgends Druckempfindlichkeit. Keine subjektiven Beschwerden, kein Absceß. Das Korsett ist zu eng geworden und hat auf den Hüftbeinkämmen einige geringe Druckstellen hinterlassen, bekommt deshalb ein neues Korsett.

93. **Pahls, Hermann,** 18 J., Ackerknecht aus Breuken. Aufnahme: 5./6. 96. Anamnese: Vor 4 Jahren bildete sich unter Schmerzen bei ihm ein Buckel aus. Im März dieses Jahres will er angeblich doppelseitige Rippenfellentzündung gehabt haben. Seit sechs Wochen trat eine Erschwerung des Gehens nach und nach sich steigernd hinzu, bis er heute die Beine garnicht mehr bewegen kann. Status: Gut genährter Jüngling. Lungenbefund normal. Im Bereich des 5. bis 10. B. W. spitzwinklige Kyphose, die nicht schmerzhaft ist. Beide Beine sind vollständig gelähmt, alle Bewegung von den Zehen bis zur Hüftbeugung und Streckung total aufgehoben. Sensibilität erhalten. Auf der Vorderseite des l. Unterschenkels 2 kleine Decubitusstellen (er hat zu Hause längere Zeit auf dem Bauche gelegen.) 5./6. Therapie: Extension (6 Pfund.) 20./6. Bisher keine Besserung seines Zustandes. 12./7. Die Lähmungen sind nicht zurückgegangen. Die Decubitusstellen sind verheilt, mit Holzkorsett entlassen.

94. **Freimann, Heinrich,** 39 J., Landwirt aus Gestorf (Springe.) Aufnahme: 17./2. 96. Anamnese: Seit $1^1/_2$ Jahren merkte Pat. zuerst Schmerzen im Rücken, dazu Schmerzen anfangs in beiden, jetzt hauptsächlich in der linken Seite. Herbst 95 wurde das Rückgrat krumm. Das Bücken, Heben und Tragen schwerer Gegenstände fällt sichtbar dem Pat. schwer. Status: Sehr kräftig gebauter, mittelgut genährter recht muskulöser, rotbackiger Mann. An beiden Seiten des

Halses besonders rechts tuberculöse, leicht unter der Hand verschiebliche Drüsen. (In den Kinderjahren vereiterten einmal Drüsen rechts am Halse.) Im Frühjahr 1895 wieder eine Drüsenanschwellung rechts, die von selbst zurückging, ohne aufzubrechen. Kein Fieber. In der linken Lunge hinten oben leichtes Schnurren, in der linken Infraclaticulargrube beim Exspirium große vereinzelte Rasselgeräusche. Herz normal, Urin frei, wenig Husten, morgens mit Auswurf. Es besteht eine Kyphoskoliose vom 6. B. W. inkl. 4. L. W. Die B. W. S. nach links, die L. W. nachts rechts convex skoliotisch. Pat. kann sich mit einiger Anstrengung bücken. Der proc. spinos des 10. und 11. B. W. besonders stark, gibbusartig vorspringend, doch nirgends Druckempfindlichkeit. Therapie: Pat. wird mit gut sitzendem Filzkorsett entlassen 10./6. 04. Auf Anfrage: Nicht zu ermitteln.

95. **Henke, Heinrich,** 55 J., Fabrikarbeiter aus Limmer bei Alfeld. Aufnahme: 27./1. 96. Anamnese: Im Sommer 95 traten allmählig zunehmende Schmerzen im Rückgrat auf. Früher war Pat. immer gesund. Etwa gleichzeitiges Auftreten von Schmerzen im Leib auf beiden Seiten. Seit der Zeit hat Pat. 25 Pfund abgenommen. Nur leichte Arbeit möglich, Krummstehen und Bücken besonders schmerzhaft. Vor $^3/_4$ Jahren leichte doppelseitige Pleuritis. Schmerzen im Leib seit kurzem verschwunden. Status: Mäßig genährter, mittelkräftiger Mann, vom gesundem Aussehen. Haut schlaff: kein Fieber. Leichter Husten, wenig Auswurf. Stiche in der r. Seite in der vorderen Axillarlinie. Daselbst am Lungenrand und hinten links unten leichtes Rasseln. Keine Dämpfung. Im Abdomen nichts Abnormes. Herz normal, Urin frei. Der proc. spinos des 6. B. W. springt deutlich und ziemlich isoliert nach hinten vor. Bei Druck ist derselbe nicht schmerzhaft, wohl aber beim Bücken, und nach längerem Gehen und Stehen. Keine Psoasabscesse. Therapie: Pat. erhält ein mit Schellack getränktes Filzkorsett. 9./2. Mit Korsett entlassen. 9./6. 04. Auf Anfrage: Pat. ist am 11. Febr. 04 an Lungenkrankheit gestorben. An der Wirbelsäule hatte sich eine Verkrümmung eingestellt, da Pat. kein Korsett mehr getragen hatte. Doch haben keine Abscesse, wohl aber starker Husten bestanden. Pat. war in ärztlicher Behandlung. Dr. Schinkel, Alfeld.

96. **Haßer, Wilhelm,** 10$^3/_4$ J., Heizerssohn aus Stadtoldendorf. Aufnahme: 28./8. 97. Anamnese: Eltern und 6 Geschwister leben und sind gesund. Pat. war früher nie krank. Seit dem 24./8. nachmittags zwischen 1. und 2. H. W. wurde der Hals steif, jedoch konnte er ihn anfangs noch nach der linken Seite und nach hinten bewegen. Geringe Steifigkeit schon seit Ostern bemerkt, jedoch kaum merklich. Seit dem 24./8 schluckte Pat. schlecht. Status: Wohlgenährter Knabe. Systolischer Nachklang an der Herzspitze, aber kein deutliches Geräusch. Der Kopf wird etwas nach hinten und ziemlich steif gehalten. Starke Lordose der Hals-, Kyphose der Brust- und Lendenwirbelsäule. Drehbewegungen und Seitenbewegungen ziemlich frei, ebenso wird der Kopf nach hinten normal weit gebeugt, während er nach vornüber nicht bewegt wird. Druck auf die Dornfortsätze des 3.—6. Halswirbels ist schmerzhaft. Geringe Struma speciell rechts. Die Vorderwand der W. S. ist deutlich verändert abzutasten. Wie auf der linken Seite fühlt man eine rauhe Stelle der hinteren Pharyaxwand. Geschwollene Drüsen am Unterkiefer rechts. Therapie: Extension am Kopf. 8./9. Pat. kann jetzt wieder alle Bewegungen mit dem Kopf ausführen. Keine Schluckbeschwerden mehr. 10./9. entlassen. Status auf Anfrage: 20./6. 04. Das Allgemeinbefinden ist sehr gut. Wirbelsäule ist gerade, es wurde kein Korsett getragen. Kein Absceß, kein Husten.

97. **Kreiensen, August,** 68 J., Fabrikarbeiter aus Gronau a. d. L. Aufnahme: 9./1. 96. Anamnese: Seit 7 Jahren Schmerzen im Kreuz. Anfang 1895 bemerkte Pat., daß der Rücken krumm wurde. Im Sommer 95 waren die Schmerzen im Kreuz oft unerträglich. Er bekam Schwindelanfälle, doch arbeitete er noch bis Neujahr. Status: Mäßig gut genährter, mittelkräftiger, kleiner,

gesund aussehender Mann. Kein Fieber. Ueber den Lungen rechts hinten unten Schall mäßig gedämpft und Rasselgeräusche. Herztöne unregelmäßig, zweiter Ton kaum hörbar. Der 3., 4. und 5. Lendenwirbel springen mit ihren Processus spin. ziemlich unvermittelt stark nach hinten vor. Es besteht keine Skoliose. Pat. geht und steht mit stark nach vorn gekrümmten Oberkörper Bei Druck auf den Gibbus lebhafte Schmerzen, Pat. hat leicht das Gefühl von Schwindel. Therapie: Pat. erhält vom Instrumentenmacher angefertigt ein Korsett von festem Tuch und Stahlstangen. Weil der Gibbus so tief sitzt, bekommen auch die Oberschenkel Lederhülsen, die durch Stahlstangen gelenkig mit dem Korsett verbunden sind. Pat. fühlt sich in ihm von seinen Schmerzen und dem Schwindelgefühl befreit. Seine Haltung ist gut. 20./1. gebessert entlassen (nicht wieder erschienen). Status auf Anfrage: 8./6. 04. Das Allgemeinbefinden ist schlecht. Eine Verkrümmung der Wirbelsäule ist nicht aufgetreten, obgleich seit ein Paar Jahren kein Korsett mehr getragen wird. Es hat sich ein Absceß gebildet, der zur Zeit nicht ausgeheilt ist, daneben leidet Pat. zeitweise an starkem Husten. Ein Arzt wird nicht befragt.

98. **Rexhausen, Hermann,** 11 J., Ackermannssohn aus Obernfeld b. Duderstadt. Aufnahme: 28./5. 97. Anamnese: Eltern beide gesund, Pat. selbst nie krank gewesen. Weihnachten sollen seine Eltern bemerkt haben, daß er einen Buckel bekäme, der allmählich größer wurde. Einige Schmerzen in der Wirbelsäule hat er besonders beim Niesen verspürt. Pat. hat seitdem nicht gearbeitet. Status: Mäßig großer, aber sehr schwächlicher Junge mit kümmerlich flachem Thorax. Innere Organe sind nicht nachweisbar erkrankt. Gang vorsichtig. Wirbelsäule nach hinten convex bucklich, die Höhe des Buckels entspricht dem proc. spin. des 8. B. W. Der Gibbus ist mehr rund als spitzwinklig. Daneben der Status einer spina ventosa des rechten Daumens. Therapie: Pat. erhält ein Holzleimkorsett, das ihm gut sitzt und ihm gute Stütze giebt. Am Daumen soll nichts gemacht werden, bis sich der Prozeß besser lokalisiert hat. 6./6. Entlassen. Auf Anfrage: 8./6. 04. Pat. ist im Jahre 1899 an einer Fingereiterung gestorben. Der Gibbus hat zuletzt die Stärke eines Brotes angenommen, so daß Pat. zuletzt kein Korsett mehr tragen konnte. In ärztlicher Behandlung war er nicht.

99. **Zick, Adolf,** 10 J., Hoteliersjohn aus Wildungen. Aufnahme: 27./5. 96. Anamnese: Pat. hat Himmelfahrt Schmerzen im Rücken bekommen, von denen er vorher nie etwas bemerkt hat. Namentlich beim Bücken treten dieselben auf. Ein Arzt konstatierte eine leichte Prominenz des unteren Brust- und oberen L.-W. und schickt den Jungen zur Anlegung eines Gipskorsetts. Status: Sonst gesunder Junge. Hat die angegebenen Klagen über Schmerzen beim Bücken in der Wirbelsäule. Pat. kann den ganzen Tag ohne Beschwerden außer Bett sein. Der 1. Lendenwirbel prominiert etwas, ist auf Beklopfen nicht schmerzhaft. Die Wirbelsäule ist beweglich, keine Abscesse. Therapie: Da möglicher Weise ein tuberculoser Gibbus des 1. Lendenwirbels vorliegt, wird dem Pat. ein Filzkorsett angelegt. 1./6. 96. Mit Korsett entlassen.

100. **Helling, Friedr. Wilh.,** 23 J., Kellner aus Marl bei Diepholz. Aufnahme: 10./12. 97. Anamnese: Die Eltern des Pat. sind gesund. Vor 4 Jahren litt er ca. $^3/_4$ Jahr lang an Pleuritis, damals kein Husten, kein Auswurf, keine Nachtschweiße. Seit 2 Jahren Schmerzen im Rücken und seit etwa einem Jahr sind die Wirbel langsam vorgetreten. Damals ist er in Bielefeld vom 1./1.—20./1. 95 im Krankenhaus an Gelenkrheumatismus behandelt. Seit 2 Monaten verschlimmerte sich sein Zustand. Rechterseits im Bereich unterhalb des Nabels Gürtelgefühl. Beine sollen mitunter ganz kalt und wie „taub“ sein. Status: Mittelgroßer, mäßig genährter gesund aussehender junger Mann. Leistendrüsen beiderseits geschwollen, doch nicht schmerzhaft. Thorax normal gewölbt. Herztöne rein, Lungen nicht nachweisbar erkrankt. Der 11 und 12 B. W. sowie der 1. L. W.-Dornfortsatz springen stark vor. Den Scheitel des Gibbus bildet

der 12. B. W.-Dornfortsatz. Zwischen diesen und dem des 11. B. W. liegt ein breit klaffender Spalt, ein kleinerer zwischen dem des 12. B. W. und des 1. L. W. Patellarreflex erhöht, Fußklonus und Kremasterreflex fehlen. Bauchdeckenreflex vorhanden. Keine Störungen der Motibilität. Empfindung am Fuß etwas herabgesetzt, während die Sensibilität weiter oben intakt ist. Keine Senkungsabscesse. 1./2. Therapie: Nach vielen vergeblichen Versuchen, dem Pat. einen zweckentsprechenden Stützapparat zu konstruieren, erhält derselbe ein Celluloidkorsett bis an die Trochanteren herabreichend, welches seitliche Schienen besitzt. Dieselben reichen bis zum Knie und werden mit Lederriemen am Oberschenkel befestigt. Pat. hat darin guten Halt, er kann damit stehen, gehen, sitzen und liegen. Nicht möglich sind Ab- und Adduktionsbewegungen, sowie Bewegungen des Oberschenkels nach hinten. 4./2. Entlassen. 21./9. Wiederaufnahme: Da eine Beinstütze gebrochen ist, werden dieselben fortgelassen. Das Korsett repariert. Pat. fühlt sich wohler, kann etwas arbeiten und auch ohne Korsett eine Zeitlang gehen. 24./9. Entlassen. 4./5. 99. Wiederaufnahme, weil das Korsett zerbrochen. Pat. hat keinerlei sensible oder motorische Störungen mehr. Der Buckel ist nicht größer geworden und nicht druckempfindlich. 17./5. Mit neuem Korsett entlassen. 14./6. 04. Status auf Anfrage: Pat. ist körperlich sehr schwächlich. Der Gibbus soll stärker geworden sein, trotzdem Pat. ein Korsett trägt. Ein Absceß hat sich nicht gebildet. Wegen eines vor 1½ Jahren aufgetretenen Hustens mit mäßigem Auswurf war Pat. zur Kur in Lippspringe. Er wurde behandelt von Dr. Bracker, Lemförde, Dr. med. Lasius, Osnabrück und Sanitätsrat Freye in Lippspringe.

101. **Wolting, Friedrich,** 15 J., Maurer aus Todtenhausen b. Minden. Aufnahme: 16./11. 99. Anamnese: Pat. war früher immer gesund. Im vorigen Herbst häufig Rückenschmerzen, Juli dieses Jahres trat langsam eine Vorwölbung der W. S. entsprechend dem 11. u. 12. B. W. auf, die ständig größer wurde und schmerzhaft war. Pat. wurde bereits 4 Wochen im Krankenhaus zu Minden behandelt, dann schickte ihn der Arzt. Status: Gut genährter Junge, Lungen, Herz und Abdomen bieten nichts abnormes. Die B. W. S. zeigt in ihrem unteren Abschnitt eine ziemlich starke, winklige Kyphose, die bei Druck nicht schmerzhaft ist. Schlag auf den Kopf, sowie Stoß gegen die Fersen verursacht Schmerz im Gibbus. Keine Skoliose. Therapie: Lagerung des Jungen in eine durch ein breites Tuch hergestellte Schwebe. 11./1. 00. Da Pat. keine Schmerzen weder bei Druck, oder Schlag auf den Kopf noch beim Springen hat, wird heute ein Gipsmodell zu einem Korsett genommen. 15./2. Pat. mit Celluloidkorsett und Armstützen auf ¼ Jahr entlassen. 9./7. 04. Status auf Anfrage: Das Allgemeinbefinden ist gut. Der Gibbus ist stärker geworden, obgleich ein Korsett getragen wird. Abscesse und Husten sind nicht vorhanden. Pat. ist in ärztlicher Behandlung.

102. **Bousack, Heinr.,** 14 J., Dienstknecht aus Greene b. Kreiensen. Aufnahme: 25./8. 02. Anamnese: Pat. klagt seit einigen Monaten über Schmerzen beim Beugen des Halses. Status: Der 3. und 4. Halswirbel sind leicht druckempfindlich, sonst keine nachweisbaren Veränderungen. Drehen des Kopfes ist schmerzfrei und gut ausführbar. Beugen des Kopfes nach hinten normal. Bei forciertem Beugen nach vorn äußert Pat. Schmerzen in den genannten Wirbeln. Sonst gesund und kräftig aussehender Junge. Therapie: Extension der Wirbelsäule mittels Glissonscher Schwebe. 8./9. Ab und zu besteht noch Schmerz der Halswirbel bei Bewegungen; positiv nichts; geheilt entlassen. 13./6. 04. Status auf Anfrage: Patient ist vollkommen geheilt. Das Allgemeinbefinden ist gut. Kein Gibbus, kein Absceß, ohne daß Korsett getragen wurde. Er bedurfte bislang keiner ärztlichen Behandlung. Dr. Lauenstein.

103. **Aue, Carl,** 30 J., Forstaufseher aus Werna bei Nordhausen Aufnahme: 4./7. 00. Anamnese: Pat. stammt aus gesunder Familie und war bis jetzt nie krank. Vor ca. ½ Jahr bekam er Rückenschmerzen im Kreuz, die sich ganz um den Bauch herumzogen. Wurde von seinem Arzt in die med.

Klinik geschickt, die ihn nach hier überweist. Status: Mittelkräftiger, untersetzter Mann von gesundem Aussehen. Klagen über ziehende Gürtelschmerzen, welche namentlich l. auftreten sollen. Innere Organe gesund. Der Dornfortsatz des 1. u. 2. L. W. scheint ein wenig zu prominieren; nicht druckempfindlich. Therapie: Extension am Kopf, Schlinge unter den oberen Teil der Lendenwirbelsäule. 2./8. Extension wird gut vertragen. Geringe ziehende Schmerzen beim Abnehmen der Extension. Die Dornfortsätze des 1. u. 2. L. W. treten nicht mehr so deutlich vor und sind nicht druckempfindlich. 4./8. Entlassen, da die Kasse abgelaufen. 7. 8. Wiederaufnahme. Status idem, mit Gipskorsett auf 4 Wochen entlassen. 10./9. Wiederaufnahme. Gipskorsett gut vertragen. Geringe Druckempfindlichkeit des Dornfortsatzes des 1. L. W. Geringe Kyphose am 7. B. W., dessen Dornfortsatz deutlich prominiert, nicht druckempfindlich. Gutes Ausgleichen der Kyphose bei Extension. Keine Schmerzen. Gipsmodell. 26./11. Status idem. Pat. kann sich ohne Schmerzen bücken. Zuweilen ziehende Schmerzen unterhalb der Rippenbögen. Wird mit Celluloidkorsett entlassen. 26./9. Pat. hat gegen die Verordnung das Korsett nur 14 Tage getragen, dann fortgelassen, „weil die Gürtelschmerzen doch nicht nachließen." Der Gibbus ist infolge dessen erheblich stärker geworden. Es besteht jetzt eine deutlich winklige Knickung, deren Scheitel der 8. B. W. bildet. Ausstrahlende Schmerzen nach dem l. Bein. Extension. 29./11. Status idem. Röntgogramm ergibt vollkommene (Schattierung) Erkrankung des unteren Teils der B. W. S. Pat. will seine häuslichen Verhältnisse ordnen und wird entlassen. 8./6. 04. Auf Anfrage: Pat. verstorben.

104. **Becker, Peter,** 10 J., Landwirtssohn aus Frankenstein b. Meißner. Aufnahme: 6./6. 00. Anamnese: Mutter lungenkrank, Vater und eine Schwester gesund. Pat. hat 99 eine 14tägige „Lungenentzündung" überstanden, war sonst gesund. April 00 bekam er Schmerzen in der r. Seite, zugleich wurde ein Höherstehen der Schulter bemerkt. Von Jugend auf hatte er Schiefhals. Status: Mittelgroß und ziemlich gut genährter Junge. R. Schulter steht höher als die linke, Kopf wird nach rechts geneigt gehalten. Es besteht Skoliose der B. W. S. nach rechts, der L. W. S. nach links. Der Dornfortsatz des 2. L. W. ist ein wenig prominent, aber nicht druckempfindlich. Klagen über Schmerzen in der Lendengegend. Innere Organe gesund. Therapie: Rauchfußsche Schwebe. 20./6. Keine Schmerzen mehr, subject. Wohlbefinden. 1./8. Auf Wunsch der Eltern mit Gipskorsett auf 8 Wochen beurlaubt. 24./8. Vorstellung, Korsett sitzt gut, auf 4 Wochen entlassen. 10./10 Gibbus nicht druckempfindlich, ebenso bei Bewegungen und Druck auf die W. S. vom Kopf aus nicht schmerzhaft. Gipsmodell. Mit Gipskorsett entlassen. 27./10. Mit Celluloidkorsett auf 3 Wochen entlassen. 11./2. Wiedervorstellung. Korsett hat in den letzten 2 Wochen an der Kyphose etwas gedrückt. Deutliches Vortreten des 3. u. 4. L. W., geringeres des 1. u. 2. L. W. Korsett wird an der kyphotischen Stelle etwas ausgeschnitten und ein Buckel aufgesetzt. Auf 3 Monate entlassen. 30./5. Kyphose nicht vergrößert. Seit mehreren Wochen mäßige Kontraction des r. Oberschenkels (Kontractur d. Psoas) Hüftgelenk frei. Gang leicht humpelnd. Will in Soden baden und sich in 2 Monaten wieder vorstellen. 13./6. Status auf Anfrage: Das Allgemeinbefinden ist gut. Es hat sich niemals ein Absceß gebildet. Die Kyphose hat nicht zugenommen, obgleich später kein Korsett mehr getragen wurde. War 3 Jahre zu einer Badekur in Soden Allendorf a. W.

105. **Nolte, Carl,** 55 J., Maurer aus Ebergötzen. Aufnahme: 5./12. 98. Anamnese: Vater verunglückt, Mutter und Geschwister gesund. Er selbst war nie krank, hat sich vom Militär freigelost und konnte im vorigen Winter einmal wegen „Hexenschuß" 14 Tage lang nicht arbeiten. Am 15. September 1898 bemerkte er beim Heben eines $1^1/_2$ Centner schweren Sackes einen Druck auf der oberen Partie der Wirbelsäule, die sich beim Hinfühlen als eine Hervorragung herausstellte. In den nächsten Tagen fiel ihm die Arbeit schwer,

doch konnte er alle Bewegungen ausführen. Bei schwererer Arbeit will er öfter in den Armen ein von den Schultern herablaufendes Kribbeln bemerkt haben. Status: Mittelgroßer, alt aussehender Mann. Der erste Brustwirbel steht mit seinem Dornfortsatz stark hervor, sodaß er mit den letzten Halswirbel einen Gibbus bildet. Der Kopf wird etwas nach vorn gebeugt gehalten, ebenso der ganze Oberkörper. Die gesamte W. S. bildet einen nach vorn convexen Bogen. Bewegungen des Kopfes, des Rumpfes und der Gliedmaßen vollkommen frei. Keine Störungen der Sensibilität. Kniereflexe etwas gesteigert. Druck auf den Dornfortsatz des 1. B. W. unbedeutend schmerzhaft. Lungen gesund. 9./12. Pat. hat sich völlig erholt; keine Beschwerden, selbst starker Druck auf den Gibbus nicht schmerzhaft; entlassen. 30./6. 04. Wiedervorstellung: Allgemeinbefinden gut, nur bei schwerer Arbeit, wie Mähen und Holzsplittern ausstrahlende Schmerzen in Nacken, Armen und Schultern. Keine Druckempfindlichkeit, kein Absceß. Der proc. spin. des 1. H. W. prominiert etwa 1 cm. Körper und Kopfhaltung nach vorn übergeneigt. Pat klagt über viel Husten, doch ist sowohl percutorisch wie auscultatorisch über den Lungen kein positiver Befund.

106. **Nünnemann, Carl,** 15 J., Schneider aus Gieboldehausen. Aufnahme: 4./10. 99. Anamnese: Eltern, sowie jüngere Geschwister leben und sind gesund. Eins der Kinder starb mit $2^1/_2$ Jahren an „Skrofeln“. Pat. hat mit 6 Jahren 4 Wochen an Gelenkrheumatismus gelitten, sein jetziges Leiden begann vor etwa 7 Wochen mit einem „Karbunkel“; hiervon blieben Steifigkeit und Beschwerden beim Drehen und Bewegen des Kopfes zurück. Seit jener Zeit hat Pat. auch Schiefhals. Status: Schlanker, mäßig genährter großer Junge. Der Kopf wird ein wenig nach der rechten Schulter geneigt gehalten. Drehungen nach rechts oder links sind activ nur um etwa 10°, Beugungen um etwa 15° möglich; passiv etwas vermehrt aber schmerzhaft. H. W. S. nicht druckempfindlich. In dem Winkel zwischen W. S. und Hinterhaupt findet sich links eine 5 Mk.-Stück große, härtliche, nur mäßig druckempfindliche Anschwellung. Vom Rachen aus kein Befund. Therapie: Bettruhe mit Glissonscher Schwebe. 10./10. Keinerlei Beschwerden, Appetit gut. Temp. normal. 19./11. Bis heute andauernd Suspension. Bewegungen des Kopfes sind allmählich immer freier und ausgiebiger geworden. Pat. kann den Kopf beugen, strecken und drehen wie ein Gesunder ohne jegliche Beschwerden. Der Kopf wird in der Mittellinie nur noch ein wenig steif gehalten. Mit Filzkorsett, das vom Hinterkopf bis zum Kinn und vom 3. B. W. bis zur Mitte des Sternums reicht, auf 6 Wochen entlassen. 15./6. 04. Status auf Anfrage: Allgemeinbefinden sehr gut. Die Anschwellung im Nacken ist verschwunden. Hat noch 10 Wochen nach der Entlassung aus der Klinik sein Korsett getragen. Die W. S. ist infolge dessen gerade geblieben. Hat inzwischen keinen Arzt gebraucht.

107. **Gerke, Friedrich,** 10 J., Fabrikarbeiterssohn aus Hörsum b. Alfeld. Aufnahme: 29./4. 02. Anamnese: Eltern und Geschwister gesund, er selbst hat seit Sommer Schmerzen im Rücken besonders beim Bücken und in der linken Seite oberhalb des Hüftbeinkammes. Im Sommer 1901 ist ihm ein schweres Bündel Holz auf die linke Schulter gefallen, darnach hat er 3 Wochen zu Bett gelegen. Status: Schwächlicher Junge ohne Fieber, Lungen gesund; geht in gebückter Haltung mit krummen Knien. Wirbelsäule in Höhe des 7. und 8. B. W., welche stark vorspringen, winklich abgebogen. Keine ausgesprochene Lordose der L. W. S. In der linken Seite, wo Schmerzen geklagt werden, kein Absceß, ebenso vorn nicht. Therapie: Bettruhe, Extension mit Glisson-Schwebe (8 Pfd.) 1./4. Schmerzen verschwunden. 29./5. Durch die Extension guter Heilerfolg. Ohne Beschwerden, so lange Pat. liegt. Anlegung eines Gipskorsetts, welches Schultern und Hüften umgreift. Pat. geht darin ohne Schmerzen im Rücken mit guter Haltung. Schmerz in den Knieen verschwunden. 1./5. Mit Gipskorsett entlassen. 12./6. Wiederaufnahme wegen Schmerzen im Rücken. Bei Abnahme des Gipskorsetts zeigt sich ein Markstück großer Decubitus. Be-

handlung desselben mit Salbenverbänden und Lagerung auf einen Luftring. Inzwischen Extension mit Glisson-Schwebe. 26./6 Nach Anlegung eines über dem noch 5 Pfennigstück großen, granulierenden Decubitus, gefensterten Gipskorsetts wird Pat. ohne Beschwerden entlassen. Gang ist ziemlich gut. 9./6. 01. Status auf Anfrage: Nach Angabe des Patienten ist sein Zustand schlimmer geworden. Der Gibbus hat zugenommen und es werden Schmerzen in der Seite geklagt. Ein Korsett trägt Pat. zur Zeit nicht, ist aber in ärztlicher Behandlung.

108. **Bothe, Carl,** 34 J., Schlosser aus Harburg (Elbe.) Aufnahme: 11./8. 99. Anamnese: Pat. aus gesunder Familie stammend, war als Kind immer gesund. Seit 3 Jahren ist er nierenkrank und wurde im vorigen Sommer deshalb in Hamburg auf Nierensteine operiert. Die Krankheit hatte mit Schmerzen erst in der linken, dann in der rechten Seite begonnen. Man fand bei der Operation keine Steine. Im Winter bekam Pat. Schmerzen in der W. S. und eine auffällige Schwäche im linken Bein. Status: Mittelgroßer, kräftiger Mann mit gesunden Brustorganen. Im Bereich des 9. B. bis 1. L. W. eine stark spitzwinkliche Kyphose. Die darüber gelegene B. W. S. ist etwas rechts skoliotisch. Das linke Bein vermag Pat. nicht oder doch nur wenig von der Unterlage zu heben. Passive Bewegungen schmerzlos. Die linke Beinmusculatur ist atrophisch. Keine Senkungsabscesse. Beide Nierengegenden sind schmerzhaft, Urin ist eitrig getrübt. Tbc.-Bazillen nicht nachweisbar. Cystoskopische Untersuchung bestätigt das Vorhandensein zweier Nieren, aus der linken Oeffnung fließt Urin mit Flocken ab. 8./9. Therapie: Bettruhe mit Rauchfußscher Schwebe. Erhält Pat. einen 30 cm breiten dehnbaren Gurt, in dem er liegen soll. 16./8. Urin immer noch trüb-flockig, die Schmerzen in der W. S. noch vorhanden. Die Beweglichkeit des linken Beines hat sich nur wenig gebessert. Das rechte Bein kann gut bewegt, nur in der Hüfte nicht weit gehoben werden, es ist schwach und fällt leicht herunter. Das linke Bein kann nur im Knie etwas gebeugt werden. Sehnenreflex erhöht. Entlassen mit Celluloidkorsett. 9./04. Status auf Anfrage: Pat. leidet seit 18 Monaten an tbc. Hüftgelenkentzündung. Im Jahre 1902 hatte er einen tbc. Weichteilabsceß auf der Brust, der spontan aufbrach. Nach seiner Angabe ist die W. S. tbc. ausgeheilt, er hat keinerlei Beschwerden davon. Der Gibbus ist wenig stärker geworden, trotzdem er das Korsett trägt. Husten ist nicht vorhanden. Das Nieren- und Blasenleiden besteht noch. Pat. ist wegen des Absceß und der Coxitis ärztlich behandelt. Er geht an Krücken.

109. **Beckmann, Minna,** 30 J., Weichenstellersfrau aus Lage in Lippe. Aufnahme: 14./5. 01. Anamnese: Im Alter von 18 Jahren war Pat. 1/4 Jahr lang unterleibskrank. März 99 hatte sie eine schwere Pneumonie, an die sich gleich eine Meningitis anschloß, infolge deren Pat. 3 Wochen ohne Bewußtsein gewesen sein will. Hiernach ist eine allgemeine Steifheit der Glieder und Schmerz im Rücken beim Bücken zurückgeblieben. Pat. badete mit Erfolg in Salzuffeln. Die Arme wurden frei beweglich, die Beine besserten sich nicht, auch blieben die Schmerzen im Rücken. Juli 1900 machte sie ein Wochenbett durch. Gleich darauf bemerkte sie die aufgetretene Kyphose und eine Gefühllosigkeit von den Beinen bis in den Unterleib hinauf. Durch eine 4 Wochen lange Badekur in Oeynhausen kehrte das Gefühl zurück, auch konnte sie wieder etwas besser gehen. Februar 1901 wurde dieses relative Wohlbefinden durch eine Pleuritis gestört, der Gang wurde ganz schlecht und nur wenige Schritte an Stöcken möglich; der Schmerz in der Seite trat wieder auf. Status: Mittelgut genährte Frau, Brustorgane gesund. Rechts in der Fossa supraclavicularis eine kleine Vertiefung, angeblich von einer vereiterten Drüse herrührend. Das Gefühl in den Beinen ist intakt, Patellarreflex links erloschen, rechts schwach vorhanden, kein Fußklonus. Muskulatur gut erhalten. Die Gegend des 11.—12. B. W. ist spitzwinklich vorgewölbt und prominiert etwa 2 cm, nicht druckempfindlich, kein Senkungsabsceß. Klagen über Gürtelschmerz, keine Hyperaesthesien der umgebenden Haut. Pat. geht die Beine leicht nachschleppend und mit beiden Händen sich auf

die Hüften stützend. 21./5. Therapie: Patient erhält ein Gypskorsett. 25./5. Entlassen auf 2 Monate. 10./7. Wiederaufnahme. Pat. klagt über Schwäche in den Beinen. Schmerz im Rücken hat sich gebessert. Gang noch sehr schleppend. Geringe Druckstelle unterhalb der Kyphose, die nicht stärker geworden ist. 8./8. Pat. mit Celluloidkorsett entlassen. 17./6. 04. Status auf Anfrage: Das Allgemeinbefinden ist schlecht, Pat. fast immer bettlägerig. Im vorigen Jahre bestand eine starke Eiterung und vor kurzem abermalige Bildung eines Abscess mit Durchbruch in der rechten Leistengegend. Die Kyphose nimmt noch immer zu, ein Korsett wird nicht ertragen. Pat. leidet an ausgedehntem Lungenkatarrh, ist inzwischen wieder in Oeynhausen gewesen, wo sie auch ein Korsett bekommen hat. Augenblicklich mediacamentöse Palliativbehandlung durch ihren Arzt.

110. **Fleckner, Erna,** 12 J., Steuerinspektorskind aus Emden. Aufnahme: 13./6. 01. Anamnese: Dezember vorigen Jahres hatte Pat. Scharlach, bald darauf den linken Unterarm gebrochen. Vor 6 Wochen wurden ihr wegen Heiserkeit angeblich Knötchen von den Stimmbändern herausgeschnitten. Seit 3 Wochen Schmerz in der linken Seite und seit 6 Tagen eine schmerzlose Vorwölbung in der rechten Seite bemerkt. Etwas Husten, aber kein Auswurf. Beim Gehen hat Pat. Schmerz, schnell kann sie nicht gehen, weil sich dann Atemnot einstellt. An der linken Seite Schmerzen bei tiefen Inspirationen, die sich auf die Schultern hin fortpflanzen. Status: Großes, schlankes, blasses Mädchen, klagt über Schmerzen in der linken Brust. Hinten links unten Schall kürzer, wie rechts. Atemgeräusch vesiculär. Die Dornfortsätze des 9. B. W. bis 1. L. W. prominieren deutlich, nicht druckempfindlich. Nach rechts convex skoliotisch wenig verbogen. Mäßiger Rippenbuckel. Ferner der Status einer Kehlkopftuberculose, sowie einer Sehnenscheidentuberculose am linken Handgelenk. 21./6. Therapie: Befaßt sich anfangs mit der Behandlung der Handtuberculose lege artis. 28./6. In Suspension läßt sich die Skoliose und der Rippenbuckel ziemlich ausgleichen. Anlegen eines Gipskorsetts. 1./7. Mit Gipskorsett entlassen. 29./7. Wiederaufnahme. Zur Behandlung der Hand und des Kehlkopfes (Inhalation. Kehlkopf nicht operativ behandelt.) An der Hand Jodoformglycerininjektion, wie früher. Für die Wirbelsäule Status idem. 10./8. Mit Celluloidkorsett entlassen. 12./6. 04. Auf Anfrage: Pat. ist am 15. Februar 1902 nach wiederholtem heftigen Blutsturz und nachfolgendem Ascites gestorben.

111. **Grafe, Marie,** 19 J., Besitzerstochter aus Hepen. Aufnahme: 20./2. 02. Anamnese: Pat. aus gesunder Familie, war früher gesund, hatte im Sommer einen leichten Typhus und erkrankte vor 10 Wochen mit Schmerzen im untern Teil des Rückens. Es bestand kein Fieber, dann trat Ameisenlaufen und Kribbeln in den Füßen auf. Nach 3 Wochen wurde das linke Bein gelähmt und 8 Tage darauf auch das rechte. Damit verschwand das Kribbeln und an seine Stelle trat vollkommene Gefühllosigkeit in beiden Beinen. Vor 4 Wochen kehrte jedoch das Gefühl wieder und ist im rechten Bein besser wie im linken. Ferner Gürtelgefühl in der Höhe des Nabels. Ausgesprochene Blasen- und Mastdarmerscheinungen fehlen, doch ist der Stuhlgang träge. Oefter hat sie Zuckungen in den Beinen, wodurch die Kniee hochgezogen werden, dieselben sind schmerzlos. Status: Kräftig gebautes Mädchen mit gesunden Brustorganen. Vom 11. B. bis 3. L. W. treten die proc. spin. leicht nach hinten vor und sind druckempfindlich. Beide Beine sind vollkommen gelähmt, Reflexe erhöht. Bauchdeckenreflex fehlt. Zuckungen nicht auslösbar. Die Sensibilität ist rechts erhalten, links etwas herabgesetzt. In Nabelhöhe, mit dem Nabel als Mittelpunkt findet sich eine gut handbreite, gürtelförmige, hyperaesthetische Zone. Die große Zehe links kann Pat. etwas bewegen. Urin frei. 2./5. Es hat sich während der langen Zeit nur eine ganz geringe Besserung der Lähmung eingestellt, indem Pat. jetzt die Zehen und den linken Fuß ein wenig bewegen kann. Sonst ist der Befund derselbe. Pat. wird in die med. Klinik verlegt. Verlauf in der med. Klinik: Dem objektiven Befund ist nach dem Journ. der med. Klinik nichts Wesentliches hinzu-

zufügen, nur hat Pat. inzwischen am Gesäß beiderseits besonders links oberflächlichen Decubitus. 4./5. Pat. läßt Urin und Kot unter sich gehen. Eine Urinretention besteht nicht. Decubitus ist nicht kleiner geworden. 5./5. Pat. erhält kinetotherapeutische Bäder. In denselben kann sie bisweilen beide Kniee etwas flektieren und extendieren. Die Bäder greifen sie an und verursachen Kopfschmerzen. 24./5. Weitere Verabfolgung von Bädern. Pat. kann auch im Bett spontan beide Füße bewegen, links besser als rechts. 22./6. Decubitus geheilt. In Bezug auf Sensibilität und Motilität Status idem. Temp. zeigt hohe Tagesschwankungen, hohe Pulsfrequenz. 28./6. Decubitus wieder etwas aufgebrochen. 12./7. Willkürlich können beide Beine in unverändertem Maße bewegt werden. In den Gehstuhl gebracht, vermag Pat. mit dem linken Bein willkürlich das Knie durchgedrückt und den Körper unterstützt zu halten; das rechte Knie knickt ein. Weitere Bäderbehandlung. 6./8. Pat. ist in letzter Zeit nachmittags außer Bett im Sessel gewesen; kann sich jetzt im Bett allein aufrichten. Die Beine zeigen lebhafte Reflexzuckungen. Sonst Status idem. 10./8. Teilweise eitrige Nekrose am Decubitus, der ein 1 cm tiefes 2-Mark-Stück großes Loch am Kreuzbein bildet. Spaltung der Haut. Behandlung mit argent. nitric. Stift. Sublimatspülung, feuchter Verband (liqu. alum. acet.) 13./8. Decubitus hat sich gereinigt, es besteht Schwellung am linken Unterarm. 16./8. Decubitus am Steiß sieht gut aus, neuer leichter Decubitus an der rechten Ferse. Ferner incontinentia urinae et alvi. 18./8. Temper. überschreitet in letzter Zeit abends 38°. Am linken Unterarm hühnereigroßer fluktuierender Abszeß. 19./8. Abszeß incidiert, viel Eiter. Darnach sinkt die Temperatur. 22./8. Decubitus ist schwarz brandig geworden, es bestehen drei offene Stellen von 5-Mark-Stück Größe. 26./8. Decubitusstellen handteller groß und tiefer geworden. Puls sehr beschleunigt und klein. Behandlung wie oben angegeben. 31./8. Steigende Temp., Schweißausbrüche. Ueber den Lungen nichts besonderes. An der Herzspitze bisweilen systolisches Geräusch. 13./9. Es bestehen zur Zeit in der Gegend des Kreuzbeins 4 große Decubitusstellen, welche stark riechen. Daselbst Unterminierungen aber ohne Retension. Fieber mit starken Tagesremissionen. 15./9. Decubitus das gleiche Aussehen. Pat. wird gegen Revers auf dringlichen Wunsch entlassen. Auf Anfrage 11./6. 04: Pat. am 23./9. 02 in der Behandlung von Dr. Behrens in Halle in Braunschweig gestorben.

112. **Hoffmeier Margarethe,** 29 J., Handelsmannsfrau aus Hüllstedt, Kr. Mühlhausen. Aufnahme: 28./6. 98. Anamnese: Eltern und Geschwister sind gesund. Pat. selbst früher nie krank gewesen. 8 Tage vor Weihnachten bekam Pat. plötzlich Schmerzen im Rücken bei Bewegungen. Während des nächsten Monats lag sie öfter zu Bett, konnte aber zuweilen ohne Beschwerden arbeiten. Am 2./2. 98 machte sie ein Wochenbett durch, das ohne Beschwerden war. Als sie wieder aufstand, trat heftiger Schmerz im Kreuz auf, auch hatte sie beim Stillen heftige Schmerzen. Anfang März begann ein Krampf in den Beinen, dieselben wurden steif. Seit ¼ Jahr kann sie nicht mehr gehen, die Beine ziehen sich krampfartig unter heftigen Schmerzen zusammen. Im Februar waren schon Gürtelschmerzen unter den Rippenbögen rechts und links aufgetreten, die jetzt und zwar rechts mehr als links schlimmer wurden. Seit einigen Wochen geht ihr täglich 3—4 Mal unwillkürlich der Urin ab. Status: Kräftig entwickelte Frau von etwas blasser Gesichtsfarbe. Der 5.—8. B. W. bilden einen deutlich vorspringenden Gibbus, der auf Druck schmerzhaft ist. Unterhalb davon ist die W. S. flach und am Kreuzbein druckempfindlich. Beide Beine sind vollständig gelähmt, im Hüft- und Kniegelenk gebeugt, spastische Contracturen, Streckungsversuch ist schmerzhaft. Beim Berühren der Beine ziehen dieselben sich krampfhaft nach oben, dabei verspürt Pat. heftigen Schmerz, doch treten die Krämpfe auch ohne Veranlassung öfter ein. Die Beine und der Bauch bis 2 Querfinger über dem Nabel sind gefühllos, Bauchmuskeln stark gespannt, Bauch aufgetrieben, Die Blase wird 3—4 Mal täglich entleert, ohne daß Pat. etwas davon merkt.

Der Stuhl ist angehalten. Ueber dem Kreuzbein ein 5 Mk.-Stück großer Decubitus. Therapie: Extension beider Beine mit Königschem Schlitten, am Kopf mit Glisson-Schwebe je 5 Pfd. Wasserkissen, Katheterismus 2mal täglich Oeleinlauf zur Beförderung des Stuhlgangs. 10./8. Extensionsverband erneuert. Einige Druckstellen an den Füßen. Decubitus am Kreuzbein geheilt. Anfangs Stuhlgang träge, doch noch am 12./7. nötig gewordener manueller Ausräumung von festen Kotmassen aus der Ampulle, ist er regelmäßig. Urin geht unwillkürlich ab, Pat. wird noch cathetrisiert. Die unwillkürlichen Zuckungen in letzter Zeit bedeutend nachgelassen, und zwar rechts mehr, als links, wenn auch hier die Intensität stark abgeschwächt ist. In letzter Zeit klagt Pat. über Ameisenlaufen in beiden Beinen. Die Anästhesie hat ebenfalls nachgelassen, Pat. fühlt, wenn man den Fuß berührt, localisiert aber falsch. Bei Aufforderung die Beine zu bewegen, sieht man öfters geringe Bewegungen in den Zehen, doch wird der Vorgang durch eine hinzutretende unwillkürliche Zuckung undeutlich. Pat. sieht gut aus, hat guten Appetit. Ab und zu geringe Temper.-Steigerung. 22./8. Extension erneuert, einige Druckstellen frisch verbunden. 31./8. Von früher bestehender Fluor albus ist reichlicher und schleimig eitrig geworden. Ausspülung mit 2% Carbolwasser. Sonst Status idem. Pat. klagt in den letzten Tagen viel über Schmerzen in der linken Rückenseite. 16./10. Seit dem 13./10. starke Intercostalneuralgieen links. Größte Druckempfindlichkeit zwischen 5. u. 6. Rippe. Schmerzempfindungen an den Beinen werden gekreuzt angegeben. Unfreiwillige Urin- und Stuhlentleerungen. 18./10. Starke Schmerzen. Die Sensibilitätsgrenze beginnt 4 Finger oberhalb des Nabels. Morphium. 28./10. Tinct. Valerianae tägl. 10 Tropfen. 1./11. Sensibilitätsgrenze 4 Finger breit über dem Nabel. Von da an abwärts werden Berührungen noch empfunden, aber undeutlich localisiert. Dagegen werden Berührungen des rechten und linken Fußes gefühlt und meist richtig unterschieden. Noch immer starke Schmerzen in den Beinen. Bei Aufforderung zu Bewegungen treten Reflexzuckungen ein. Am 6.—8. B. W. eine ziemlich starke, druckempfindliche Kyphose. Decubitus ist auf oberflächliche Stellen an der Glutealfalte geheilt. Urin und Stuhlentleerung unfreiwillig, aber angeblich mit Wissen. Starke Cystitis. Auf Wunsch entlassen. 11./6. 04. Auf Anfrage: Ueber die Frau Hoffmeier und deren Gesundheitszustand sind keine Erkundigungen mehr einzuziehen, da dieselbe schon am 1./8. 98 gestorben ist.

113. **Warnecke, August,** 18 J., Landwirt aus Hollenstedt bei Einbeck. Aufnahme: 3./3. 98. Anamnese: Eltern und Geschwister sind angeblich gesund. Die Erkrankung soll vor gut 3 Wochen mit Schmerzen im Rücken angefangen haben, Pat. konnte sich schlecht bücken. Im vorigen Sommer litt er an Husten, zur Zeit nicht mehr. Am 26./2. 98 wurde er in die med. Klinik aufgenommen. Von dort wieder am 2./3. 98 mit der Diagnose Phthisis pulmonum tuberculosa, spondylitis tuberculosa, nephritis, Nierenamyloid in die chirurgische Klinik verlegt. Status: Großer, mäßig genährter junger Mann mit langem, schmalen, links vorn stark abgeflachtem Thorax, etwas cyanotischem Aussehen des Gesichts, ohne Fieber. Urin frei. Es besteht eine ganz geringe linksconvexe Totalskoliose der Wirbelsäule. Die normale kyphotische Krümmung der B. W. S. und die lordotische Krümmung der L. W. S. ist verringert. Im unteren Teil der B. W. S. findet sich ein ganz unbedeutender Gibbus, an dem die Dornfortsätze des 7., 8. und namentlich des 9. B W. beteiligt sind. Der Gibbus ist nicht druckempfindlich, etwas links davon ist eine unbedeutende Schmerzhaftigkeit. Die Rückenmuskulatur ist links etwas kräftiger wie rechts; Pat. hat augenblicklich keinen patholog. Lungenbefund und keinen Auswurf. Kein Senkungsabsceß. Pat. kann sich bücken, hält aber dabei die W. S. ziemlich steif. 4./3. Therapie: Nach Abnahme eines Gipsmodelles zur Anfertigung eines Celluloidkorsetts, Bettruhe. 16./3. Pat. erhält ein gutsitzendes Korsett, er geht ohne Schmerzen darin. Entlassen. 8./6. 04. Auf Anfrage nirgends zu ermitteln.

114. **Lüchau, Hermann,** 22 J., Pferdeknecht aus Altenmedingen bei Uelzen. Aufnahme: 25./8. 02. Anamnese: Anfang Januar 1901 war Pat. von einem Wagen gestürzt. Status: Pat. hat einen typischen Pottschen Buckel, er klagt seit dem Sturze über Schmerzhaftigkeit an dieser Stelle der Wirbelsäule und war in ärztlicher Behandlung. Vom 3. bis 9. Brustwirbel bestehen ausstrahlende Schmerzen im Verlauf der Intercostalnerven. 29./8. Anfertigung eines Gipsmodells zur Herstellung eines Celluloidkorsetts und vorläufige Anlegung eines Gipskorsetts. 12./9. Mit Korsett entlassen. 15./6. 04. Status auf Anfrage: Das Allgemeinbefinden ist sehr gut. Die Kyphose hat nicht wesentlich zugenommen, auch bestehen keine Abscesse Das Korsett ist seit längerer Zeit unbrauchbar und zur Zeit wird überhaupt keins mehr getragen. Pat. war in Behandlung von Dr. Bade in Hannover.

115. **Münscher, Margarethe,** 14 J., Tagelöhnerstochter aus Heldra bei Treffurt. Aufnahme: 29./4. 97. Anamnese: Im 3. Lebensjahre trat die Wirbelsäule im Rücken vor. Pat. hatte immer Schmerzen an der Stelle, wurde aber nie mit Bettruhe oder Korsett behandelt. Im 8. Lebensjahre will sie mit einer Hüfte gegen einen Stein gestoßen sein. Im 9. Lebensjahre habe sie angefangen zu hinken und habe Schmerzen in beiden Beinen bekommen. Der Buckel sei nicht stärker geworden. Status: Schlecht entwickeltes, kleines Mädchen mit gesunder Gesichtsfarbe. Kein Fieber. Lungen und Herz normal. Urin frei. Thorax gut gewölbt und breit. Ein gleichmäßig runder stark gewölbter Gibbus, der vom 6. B. W. beginnt und der 1. L. W. noch einbegreift. Kein einzelner Dornfortsatz besonders vorspringend. Beim Bücken bleibt das Rückgrat steif. Pat. schont dabei deutlich das l. Hüftgelenk. Sie klagt auch über Schmerzen links im Kreuz bei längerem Stehen. Keine Lähmung, kein Absceß. Daneben der Status einer alten linksseitigen Hüftgelenkspfannenwanderung. Therapie: Pat. bekommt ein Holzleimkorsett. Pat. hat darin besseren Halt und wird mit demselben für ½ Jahr am 17./5. entlassen. 20./6. 04. Status auf Anfrage: Im Jahre 1899 will Pat. das linke Bein im Hüftgelenk infolge eines Unfalls verrenkt haben. Sie geht seit der Zeit an einer Krücke. Der Gibbus ist nicht stärker geworden, obgleich sie seit diesem Unfall das Korsett fortgelassen hatte. Absceß hat sich nie gebildet. Wegen der Luxation ist sie von Dr. Schmidt in Treffurt und später von Dr. Heinemann in Eschwege behandelt.

116. **Forge, Frieda,** 4 J., Schreiberskind aus Gandersheim. Aufnahme: 31./7. 01. Anamnese: Die Eltern bemerkten vor 7 Wochen die steife Haltung der Pat. Dieselbe ist nie krank gewesen. Vater an Schwindsucht gestorben. Status: Zur Zeit besteht eine geringe linksseitige Skoliose im Bereich der Brust- und oberen Lendenwirbelsäule, eine dementsprechende compensatorische im Bereich der Lenden- und Steißwirbel. Der rechte Hüftbeinkamm tritt stark gegen links hervor. 27./8. Therapie: Anlegung eines Gipskorsetts, entlassen. 29./10. Wiederaufnahme. Nach Abnahme des Gipsverbandes zeigt sich im Bereich der 8. u. 9. B. W. eine geringfügige kyphotische Verbiegung. Pat geht auch bedeutend langsamer und vorsichtiger, und hat bei rascherem Gehen Schmerzen in der W. S. Kein Senkungsabsceß. 3./11. Wird das Kind wegen Masern in die medizinische Klinik verlegt. 18./3. 02. Wiederaufnahme: Pat. ist lange Zeit zu Hause ohne Behandlung gewesen. Der Gibbus beginnt am 8. Wirbel und erstreckt sich bis zum 10. 28./3. Mit gut sitzendem Celluloidkorsett entlassen. 24./6. 04. Wiedervorstellung auf Anfrage: Pat. hat das Korsett nur 6—8 Wochen getragen, da das Allgemeinbefinden des Kindes angeblich darunter litt, seit der Zeit war es ohne Korsett. Der Gibbus hat nicht mehr zugenommen. Appetit gut, doch ist das Kind nicht besonders kräftig. Keine Schmerzen. Status: Gibbus mittleren Grades im Bereich des 4.—10. B. W. Höhe entspricht dem 7. B. W. Winkel ca. 110°. Abweichung der Dornfortsätze des Gibbus nach links ist unbedeutend. Kein Absceß, keine Lähmung. Das Kind kann sich bücken, beim Aufrichten stützt es sich mit den Händen auf die Oberschenkel.